

**Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России**

---

**ВЕСТНИК  
ПСИХОТЕРАПИИ**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

*Главный редактор В.Ю. Рыбников*

**№ 44 (49)**

Санкт-Петербург  
2012

### **Редакционная коллегия**

В.И. ЕВДОКИМОВ (Москва); С.Г. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург);  
Р. МИЗЕРЕНЕ (Паланга); В.А. МИЛЬЧАКОВА (Санкт-Петербург);  
В.Ю. РЫБНИКОВ (Санкт-Петербург)

### **Редакционный совет**

С.С. АЛЕКСАНИН (Санкт-Петербург); А.А. АЛЕКСАНДРОВ (Санкт-Петербург); Г.В. АХМЕТЖАНОВА (Тольятти); Р.М. ГРАНОВСКАЯ (Санкт-Петербург); Г.И. ГРИГОРЬЕВ (Санкт-Петербург); О.Ф. ЕРЬШЕВ (Санкт-Петербург); Б.Д. КАРВАСАРСКИЙ (Санкт-Петербург); В.И. КУРПАТОВ (Санкт-Петербург); И.Б. ЛЕБЕДЕВ (Москва); С.В. ЛИТВИНЦЕВ (Санкт-Петербург); Н.Г. НЕЗНАНОВ (Санкт-Петербург); Г.С. НИКИФОРОВ (Санкт-Петербург); М.М. РЕШЕТНИКОВ (Санкт-Петербург); В.К. ШАМРЕЙ (Санкт-Петербург)

Адрес редакции:

194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11  
Телефон: (812) 513-67-97, 592-35-79

**ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ**

*Научно-практический журнал*

- © Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, 2012
- © Международный институт резервных возможностей человека, 2012

**Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia**

---

**BULLETIN OF  
PSYCHOTHERAPY**

**RESEARCH & CLINICAL PRACTICE JOURNAL**

*EDITOR-IN-CHIEF V. YU. RYBNIKOV*

**N 44 (49)**

St. Petersburg  
2012

## **Editorial Board**

V.I. EVDOKIMOV (Moscow); S.G. GRIGORJEV (St. Petersburg);  
R. MISERENE (Palanga); V.A. MILCHAKOVA (St. Petersburg);  
V.YU. RYBNIKOV (St. Petersburg)

## **Editorial Council**

S.S. ALEKSANIN (St. Petersburg); A.A. ALEKSANDROV (St. Petersburg);  
G.V. AKHMETZHANOVA (Togliatti); R.M. GRANOVSKAYA (St.  
Petersburg); G.I. GRIGORJEV (St. Petersburg); O.F. ERYSHEV (St.  
Petersburg); B.D. KARVASARSKY (St. Petersburg); V.I. KURPATOV (St.  
Petersburg); I.B. LEBEDEV (Moscow); S.V. LITVINTSEV (St. Petersburg);  
N.G. NEZNANOV (St. Petersburg); G.S. NIKIFOROV (St. Petersburg);  
M.M. RESHETNIKOV (St. Petersburg); V.K. SHAMREY (St. Petersburg)

## **For correspondence:**

11, Pridorozhnaya alley  
194352, St. Petersburg, Russia  
Phone: (812) 513-67-97, 592-35-79

**BULLETIN OF PSYCHOTHERAPY**

Research & clinical practice journal

© Nikiforov Russian Centre of Emergency and Radiation  
Medicine, EMERCOM of Russia, 2012

© International Institute of Human Potential Abilities, 2012

## СОДЕРЖАНИЕ

### ПСИХОТЕРАПИЯ

<i>Шипачёв Р.Ю.</i> Задачи психотерапии в период кризиса потребительской цивилизации .....	9
<i>Степкин Ю.П.</i> Авторитет личности психолога (психотерапевта) в психорегулятивной практике .....	14
<i>Лутова Н.Б.</i> Взаимосвязь медикаментозного комплайенса и терапевтического альянса у больных психозами .....	23

### МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Якунина О.Н., Липатова Л.В.</i> Клинико-психологические возрастные особенности больных эпилепсией .....	30
<i>Ханько А.В., Кондюхова Т.Н.</i> Психологическая адаптация к болезни женщин с первыми приступами шизофрении .....	41
<i>Ткаченко Г.А.</i> Клинико-психологическое исследование качества жизни больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области .....	57
<i>Григорьев С.Г., Рыбалтович Д.Г., Мильчакова В.А., Мизерене Р.</i> Структура социально-психологических признаков у пользователей интернетом с различным уровнем онлайн-игровой зависимости .....	64

### КОРРЕКЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ

<i>Федотова Л.А., Павловцева О.Н., Соловьев А.Г.</i> Социально-психологическая и логопедическая коррекция нарушений речи у детей, обучающихся по различным школьным программам .....	74
---	----

### ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ

<i>Бобринцев А.А., Лопухин Б.М.</i> Влияние субъективного восприятия социальной поддержки сотрудниками Государственной противопожарной службы МЧС России на уровень их адаптации к профессиональной деятельности .....	82
---	----

*Строганов А.Е., Стреминский С.Ю.*

Особенности психогений, вызвавших невротические расстройства у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга .....	88
--	----

**ОБЩЕМЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ.  
НАУКОВЕДЕНИЕ**

*Леус Э.В., Соловьев А.Г.*

Феномен «социальной нормы» в науке .....	92
--	----

*Евдокимов В.И., Зотова А.В., Тонкошкурова Л.А.*

Алгоритмы поиска материалов диссертационных исследований по научным специальностям 14.01.06 – «Психиатрия» и 19.00.04 – «Медицинская психология» .....	111
--	-----

Рефераты .....	125
Сведения об авторах .....	134
Список публикаций журнала за 2012 г. ....	138
Информация о журнале .....	142

# CONTENTS

## PSYCHOTHERAPY

<i>Shipachev R.Yu.</i> Psychotherapy objectives during a crisis of consumer civilization .....	9
<i>Stepkin Yu.P.</i> Personality authority of psychologist (psychotherapist) in psychoregulatory practice .....	14
<i>Lutova N.B.</i> Interrelationship between medication compliance and therapeutic alliance in patients with psychoses .....	23

## MEDICAL PSYCHOLOGY

<i>Yakunina O.N., Lipatova L.V.</i> Clinical and psychological age-dependent characteristics of epileptic patients .....	30
<i>Khanko A.V., Kondyukhova T.N.</i> Psychological adjustment to a disease in women with a new-onset schizophrenia .....	41
<i>Tkachenko G.A.</i> Clinical and psychological research of quality of life in patients with cancer of maxillofacial region .....	57
<i>Grigoriev S.G., Rybaltovich D.G., Milchakova V.A., Mizerene R.</i> Social-psychological patterns in internet users with online gaming addiction of varying severity .....	64

## CORRECTIONAL PSYCHOLOGY

<i>Fedotova L.A., Pavlovtseva O.N., Soloviev A.G.</i> Social-psychological and logopedic correction of speech disorders in children taught according to different school programs .....	74
--	----

## EXTREME PSYCHOLOGY. PSYCHIATRY

<i>Bobrishchev A.A., Lopukhin B.M.</i> The influence of subjective perception of social support on the level of professional adaptation in employees of the State Fire Service of Russia .....	82
<i>Stroganov A.E., Streminsky S.Yu.</i> Characteristics of psychogeny having caused neurotic disorders in combatants with exogenic organic brain conditions .....	88

**GENERAL THEORETIC ISSUES.  
SOCIOLOGY OF SCIENCE**

<i>Leus E.V., Soloviev A.G.</i>	
Science phenomenon of social norm .....	92
<i>Evdokimov V.I., Zotova A.V., Tonkoshkurova L.A.</i>	
Algorithms for searching materials of dissertations on scientific specialties 14.01.06 – Psychiatry and 19.00.04 – Medical psychology .....	111
Abstracts .....	125
Information about authors .....	135
Articles published in the Journal in 2012 .....	138
Information about the Journal .....	142



# ПСИХОТЕРАПИЯ

УДК 615.851

*Р.Ю. Шипачёв*

## ЗАДАЧИ ПСИХОТЕРАПИИ В ПЕРИОД КРИЗИСА ПОТРЕБИТЕЛЬСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

Институт психической культуры, Санкт-Петербург

### *Введение*

Интерес к психотерапии, возникший в последнее время среди врачей различных специальностей, психологов, населения, не является случайным. Долгие годы психотерапией в нашей стране занимался узкий круг специалистов, более известных за рубежом. Психотерапевтическая помощь была малодоступна и недостаточно востребована. Основной тенденцией развития медицины в советский период в нашей стране была излишняя биологизация. А развитие психотерапии находилось к тому же под жестким идеологическим контролем, так как она рассматривает человека в биопсихосоциальном плане, а его болезнь – во взаимосвязи с социальным окружением [2]. Указанные причины привели к замедлению развития патогенетического направления отечественной психотерапии, связанного с идеями В.Н. Мясищева [4], рассматривающего личность как систему отношений индивида с окружающей социальной средой. Дальнейшее развитие этого учения в 80–90-х гг. XX в. отражено в системе личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии [5].

Подмена религиозного сознания в начале XX в. тоталитарной коммунистической идеологией и атеизмом, отсутствие внятной культурной политики в постперестроечные годы, сменившееся культом наживы в начале XXI в., привели к утрате нравственных ценностей, к обострению гипертрофированной конкуренции и взаимной агрессии между людьми, лишая индивида возможности полноценной самореализации. Иными словами, направляя значительную часть физических и душевных сил на удовлетворение потребностей, искусственно формируемых с целью повышения товарного спроса, современный человек подвергает себя опасности обретения невротических и психосоматических заболеваний, различного рода зависимостей, в том числе таких как алкоголизм, нарко- и токсикомании,

шопоголизм, игровые зависимости. Это значительно сокращает возможную продолжительность жизни, ухудшает ее качество.

В то же время у части населения по достаточно понятным причинам возникает своеобразный мистический настрой и появляется интерес к псевдорелигиозным организациям, сектам, так называемым народным целителям, обещающим «осчастливить», исцелить при помощи «новейших» или, наоборот, старинных технологий, а на самом деле использующих в корыстных целях известные психологические приемы и психотерапевтические методики.

Сложившаяся ситуация ставит перед врачами новые задачи: создание эффективных, экономичных, краткосрочных методов лечения и профилактики, учитывающих целостную биопсихосоциальную природу человека, помогающих ему успешно справиться с различными проявлениями нарастающего кризиса и падения культуры.

Указывается на многоплановость возможностей психотерапии: 1) как метода лечения, влияющего на состояние и функционирование организма в сферах психической и соматической деятельности; 2) как метода оказания влияния и воздействия, приводящего в движение процесс научения; 3) как метода инструментальной манипуляции, служащей целям социального контроля; 4) как комплекса явлений, происходящих в ходе взаимодействия и общения людей. Поэтому вполне естественно, что нарастающий кризис заставил обратиться именно врачей-психотерапевтов к поиску новых психотерапевтических концепций, отвечающих современной реальности и направленных не только на лечение, но и на психопрофилактику. Решение данной задачи предполагает исследование идеологических, духовных, социальных обстоятельств современного образа жизни. Новые методики должны с необходимостью основываться на развитии критичности, любознательности, ответственности, пластичности, адекватного отношения к окружающей действительности.

В связи с этим несомненный интерес представляют работы и практическая деятельность петербургского врача-психотерапевта, психиатра, нарколога С.П. Семёнова [6–11]. В 1975 г. он окончил 1-й Ленинградский медицинский институт им. И.П. Павлова, затем клиническую ординатуру в Институте экспериментальной медицины под руководством акад. Н.П. Бехтеревой. В России и за рубежом он известен прежде всего как автор оригинального медико-психологического подхода под названием «Рольевое переключение», или по международной номенклатуре «Role switching» (RS) [10], и относящихся к нему методик. Часть из них запатентована

(патенты на изобретения РФ № 2094040, 2173183, 2195330, 2252789, 2252790, 2276612). Это методики психотерапевтические, психологические и психокоррекционные по своей сути. Отвечая широкому кругу современных требований, они применяются для лечения и профилактики психосоматических заболеваний, психологически обусловленных нервно-психических расстройств, нарушений отношений и поведения, в том числе ожирения, а также зависимостей от психоактивных веществ. В практической работе наиболее часто используются «Акупунктурное программирование» [8] и «Аутогенное перепрограммирование» [11].

В основе концепции RS лежат два основных понятия: представление о биологически детерминированной структурно-дискретной организации психики и принцип целого [3]. Развитие и функционирование во многом определяется социальными факторами, главным из которых является культура (по С.П. Семёнову, культура – совокупный социальный опыт, передаваемый из поколения в поколение). Под влиянием культуры формируется доминирующая часть психики – сознание, но структурно преобладающей остается бессознательная ее часть. В каждый момент индивид находится в соответствующем психофизиологическом состоянии. При этом переход из одного состояния в другое может осуществляться под воздействием как внутренних, так и внешних факторов. Образ и содержание психофизиологического состояния, в котором находится человек, обращенный к другому человеку, обозначается термином «роль» [9].

Технологически RS предполагает существование двух типов методик, различающихся по своему предназначению, совокупности используемых психотерапевтических ролей и других психологических средств. Одну группу образуют методики сугубо психотерапевтические – они предназначены для психофизиологического переключения из устойчивого патологического состояния [1] в здоровое или предшествующее выздоровлению. Примером может служить акупунктурное программирование. Это эффективный психотерапевтический метод, включающий в себя, наряду с психологическим воздействием, акупунктуру. Как таковое, акупунктурное программирование относится к арсеналу медицинских средств и может использоваться только врачами, имеющими соответствующую подготовку и по психотерапии, и по рефлексотерапии. Другую группу образуют методики культурно-психологического характера. Они предназначены для преодоления патогенных психологических predispositions [11]. Примером может служить рекультурация (аутогенное перепрограммирование). Эта сугубо психологическая методика позволяет дискретно изменить психоло-

гическое состояние, обусловленное, с одной стороны, особенностями личности человека, определенными его ранним опытом, с другой – той или иной болезнетворной поведенческой программой. Подробнее об RS, психотерапевтических ролях, частных методиках и их практическом применении можно ознакомиться в работах С.П. Семёнова [9, 10].

Роль является коммуникативным состоянием, специалист, выбрав для себя наиболее адекватную роль, может эффективно осуществлять коррекционную коммуникацию на вербальном и невербальном уровне. Технология RS может представить интерес для врачей различных специальностей как для обеспечения адекватной первичной ролевой коммуникации, так и для дальнейшего лечения пациентов. Это позволит более качественно оказывать врачебную помощь в условиях ограниченного времени и бюджета. Еще большие возможности технология RS открывает для клинических психологов.

Учитывая роль социально-культурного контекста для повышения эффективности психотерапии, С.П. Семёнов разработал весьма детальную систему оздоровления и психофизиологического самосовершенствования. В ее основу положен принцип аутентичности, т. е. соответствия человека своей индивидуальной биопсихосоциальной природе. Повышение степени аутентичности возможно путем всестороннего осознания своей природы (с одной стороны, общечеловеческой, с другой – неповторимой индивидуальной), адекватной перестройки образа жизни и избавления от болезнетворных стереотипов поведения. Достаточно полно эта система изложена в книге «Гор» [7].

### *Литература*

1. *Бехтерева Н.П.* Некоторые вопросы физиологии и структурно-функциональных отношений глубоких структур мозга человека. Нейрофизиологические основы нормальных и патологических реакций мозга человека / Н.П. Бехтерева. – Л. : Наука, 1970. – 296 с.
2. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М., 1985. – 304 с.
3. *Кулаков С.А.* Основы психосоматики / С.А. Кулаков. – СПб. : Речь, 2003. – 288 с.
4. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л., 1960. – 426 с.
5. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 944 с.

6. Семёнов С.П. Мотивационный анализ. Инициальная версия / С.П. Семёнов. – СПб. : ОАЗИС, 2001. – 354 с.

7. Семёнов С.П. ГОР: система психофизического самосовершенствования в ключе аутентификации / С.П. Семёнов. – СПб. : ОАЗИС, 2002. – 416 с.

8. Семёнов С.П. Акупунктурное программирование // Психосоциальные проблемы психотерапии, коррекционной педагогики, специальной психологии : материалы III съезда Рос. психотерапевт. ассоц. и науч.-практ. конф. – Курск : Изд-во Курск. гос. ун-та, 2003. – С. 115.

9. Семёнов С.П. Основные психотерапевтические роли / С.П. Семёнов. – 2-е изд. – СПб. : ТАТ, 2004. – 112 с.

10. Семёнов С.П. Role Switching (теория и практика подхода) / С.П. Семёнов. – СПб. : ТАТ, 2005. – 96 с.

11. Семёнов С.П. Рекультурация (аутогенное перепрограммирование) // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 34 (39). – С. 25–29.

## **АВТОРИТЕТ ЛИЧНОСТИ ПСИХОЛОГА (ПСИХОТЕРАПЕВТА) В ПСИХОРЕГУЛЯТИВНОЙ ПРАКТИКЕ**

Санкт-Петербургский государственный университет

Термином «психорегуляция» обычно обозначают психологическое воздействие психолога (психотерапевта) на психологические структуры реципиента (пациента) с использованием методов внушения, убеждения, подражания, психического заражения. Цель такого воздействия – компенсировать неблагоприятное психологическое состояние реципиента (пациента) и добиться устойчивого психотерапевтического эффекта.

Опираясь на собственную психотерапевтическую практику и опыт работы известных психотерапевтов, можно сделать обобщающий вывод, что психорегуляция бывает наиболее успешной, если ее процесс протекает в рамках «отношения авторитета», возникающего между психологом и реципиентом. Достаточно сослаться на мнение известного отечественного психотерапевта П.И. Буля, отмечавшего важную роль авторитета врача у пациентов для успешного лечения болезней самой различной этиологии [3]. Происходит это далеко не сразу, но лишь с момента превращения психолога в «субъекта авторитета», а реципиента – в его «объект», что и позволяет первому оказывать психорегулятивное воздействие на второго.

И здесь возникает естественный вопрос: а что представляет собой авторитет психолога (психотерапевта), и вообще феномен авторитета личности как таковой? Ответ на него позволяет понять сущность психорегулятивного и психотерапевтического эффектов, поэтому начнем с характеристики феномена авторитета вообще, а затем рассмотрим особенности, присущие авторитету личности психолога (психотерапевта).

Феномен авторитета личности можно рассматривать с разных сторон, но три из них являются наиболее важными – это его сущность, психологические механизмы побудительного воздействия и тот конечный эффект, к которому это воздействие приводит. Сущность этого феномена определяется тем значением, какое имеет тот или иной человек для других людей как член социальной общности и как участник социально значимой деятельности. Из этого следует, что важнейшим фактором авторитета личности выступает объективная ценность ее свойств, которая выявляется в ходе совместной деятельности с другими людьми [4, 6, 7, 14].

В этом плане все социально значимые свойства данного человека представляют собой атрибуты авторитета. Однако решающим моментом в каждой значимой ситуации взаимодействия личности с другими людьми оказывается субъективная ценность ее свойств для них, которая формируется под влиянием их перцептивных образов, ценностных установок, оценочных суждений. Это позволяет все социально значимые свойства личности считать основаниями авторитета. В психологическом плане это и означает, что авторитет должен быть рассмотрен как результат отражения в сознании людей социальной значимости, ценности, полезности тех свойств, которые присущи данному человеку как члену социальной общности и как субъекту социально значимой деятельности [12].

Такое понимание сущности авторитета личности позволяет объяснить особенности его побудительного воздействия на людей, осуществляемого посредством психологических механизмов внушения и подражания. В этом плане авторитет выступает как особое социально-психологическое свойство личности, обладающее выраженным побудительным эффектом. Известно, что любое свойство личности обладает большим или меньшим побудительным эффектом в меру того значения, какое оно имеет для нас. Любое свойство личности предполагает отношение в качестве своей актуальной формы [10, 11]. Однако авторитет представляет собой некоторое интегративное свойство, которое формируется на базе других – «ординарных» свойств: профессиональных, нравственных, интеллектуальных и др. Мощный побудительный эффект феномена авторитета объясняется совокупностью значений этих «ординарных» свойств. И авторитет как социально-психологическое свойство, возникающее и утрачиваемое в совместной деятельности человека с другими людьми, может исчезнуть, если произойдет переоценка «базовых» свойств личности. Т. е. это – переходящее свойство, изменяющееся под влиянием множества социальных и психологических факторов.

Характерная форма проявления и существования побудительного эффекта авторитета – внушение, и прежде всего – непреднамерное или непроизвольное внушение, которое, по мысли В.М. Бехтерева, может осуществляться незаметно для воспринимающего его человека [1]. И чем выше «незаметность» этого влияния авторитетного человека, чем более оно кажется нам само собой разумеющимся, тем больше авторитетность этой личности у нас. Есть все основания отнести этот вид внушения к имманентно изначально присущим свойствам авторитета личности. В то же время преднамеренное внушение представляет собой особый вид целена-

правленной деятельности человека (например, психотерапевта) и к авторитету его личности имеет вторичное отношение.

Подражание представляет собой «форму отражения» побудительно-го эффекта авторитета личности. Мы разделяем, несомненно, верную точку зрения известного психолога А.Г. Ковалева, согласно которой внушение представляет собой способ влияния людей друг на друга, а подражание – способ отражения этого влияния в процессе общения и деятельности [8]. Наиболее типичной формой подражания авторитетному человеку является произвольное подражание. Оно характерно для людей, находящихся под влиянием этого человека – объектов авторитета. Такое подражание почти не осознается ими, хотя это и не исключает контроля их сознания за изменениями личностных свойств авторитетного человека. Процесс познания его свойств продолжается, хотя и менее активно и критично. Но это – вторичная форма подражания, характерная для зрелой фазы отношения авторитета. Ей предшествует так называемое произвольное подражание, когда мы вполне осознанно имитируем поведение авторитетного человека, следуем его поступкам, разделяем его взгляды и вкусы.

Под влиянием перечисленных психологических механизмов наши мнения, взгляды, социальные установки, особенности поведения рефлективно изменяются, приобретая характеристики, присущие мнениям, взглядам, социальным установкам, особенностям поведения авторитетного человека. В этом состоит одна из важнейших функций феномена авторитета личности в социуме. Согласно известной концепции Х. Келлмана, изменение наших социальных установок (*attitudes*) может осуществляться в трех формах: интернализации, идентификации и внешнего подчинения. Наиболее глубокое изменение их достигается в первом случае, когда мнение авторитетного человека включается в нашу ценностную структуру, становясь нашим личным мнением [16].

В зависимости от характера оснований авторитета личности выявляются три его формы: моральный, функциональный и формальный. Основаниями первого служат мировоззрение человека и его нравственные свойства. Эта форма является ядром авторитета личности, ибо она обуславливается системой ценностных установок общества, его социально-политической структурой, моральными нормами и правилами общежития. Функциональный авторитет формируется на основе профессиональной компетентности человека, его разнообразных деловых качеств, отношения к своей профессиональной деятельности. В совокупности с моральным авторитетом они образуют единый личный авторитет человека, который в из-



вестной мере противостоит разновидности авторитета личности, названной нами «формальным авторитетом». Носителем последнего, в сущности, является тот социальный статус, который человек имеет в общественной структуре. Наиболее значительной его разновидностью является должностной авторитет руководителя, характерным основанием которого выступают властные полномочия.

Формальный авторитет имеет исключительное значение в некоторых социальных организациях, таких, например, как воинские. Но и любая другая социальная организация может эффективно функционировать, если авторитет личности в необходимой мере формализован. Если организация построена так, что моральным и функциональным авторитетом обладают все ее члены и никто из них – формальным, то она не сможет нормально функционировать – личные предпочтения ее членов будут препятствовать этому. Интересна роль формального авторитета как формы фиксации и консервации личного авторитета личности на определенном социальном уровне. Они могут дополнять, а могут и контрастировать друг с другом. Длительное и значительное расхождение этих форм может привести к потере авторитета формального, а вместе с ним – и к изменению социального положения человека. Иначе говоря, формальный авторитет не является «личным капиталом» данного человека, он постоянно должен подкрепляться его личным авторитетом.

Интеграция всех трех форм авторитета личности достигается в рамках конкретных социальных ролей, исполняемых человеком, что приводит к образованию совокупного авторитета личности как субъекта социальной роли – его интегративной формы. Это и есть реально существующий авторитет личности, который присущ каждому человеку как члену социальной организации. Формируется этот реальный феномен на базе не каких-то отдельных, пусть и очень важных свойств, а на основе их совокупностей, в которые они объединяются под влиянием особых социально-психологических факторов в так называемые «оценочные эталоны». Эти эталоны актуализируются у каждого из нас при оценке другого человека и выполняют, по мысли академика А.А. Бодалева, роль своеобразных «мерок». Основываясь на них, мы относим данного человека к какому-то психологическому типу, представление о котором у нас сформировалось ранее [2].

В социальных группах, различающихся по характеру деятельности, формам общения и структуре ценностных установок, действуют разные по содержанию и факторам «оценочные эталоны». Например, в студенческих группах исследование выявило четыре эталона авторитетных людей и три –

неавторитетных. Одни из них – общего характера и объединяются факторами высокой информативности: «общее развитие личности» (25,8 %) и «эффективность убеждающей коммуникации» (20,1 %). Они выступают в качестве ведущих «критериев отбора», на основе которых индивид признают «своим» и решают вопрос об уровне его авторитета в данной социальной группе. В первичном производственном коллективе действуют, как и ожидалось, иные «оценочные эталоны» авторитетных и неавторитетных людей.

Факторный анализ, в частности, выявил, что свойства личности руководителя такого коллектива, наиболее тесно связанные с его авторитетом у рабочих, объединяются фактором «эффективность организаторской деятельности» (30,2 %) – это основания морального и функционального авторитетов руководителя. Среди первых наибольшим значением обладают свойства, выражающие отношение к людям: выдержанность, доброжелательность, понимание нужд подчиненных и др. Особенное значение эти свойства имеют в женских коллективах, где неавторитетность руководителя напрямую связана с его негативными характерологическими качествами: раздражительностью, резкостью в общении с людьми, сомнением и т. д. Объединяются они фактором «негативизм».

Такова краткая характеристика авторитета личности как социально-психологического феномена, выполняющего в жизни общества, наряду с феноменом власти, ряд важнейших функций по сплочению его членов, унификации их ценностных ориентаций, нормализации их поведения и др. Важна его роль и в более ограниченных сферах, какими являются, например, педагогика, спорт, медицина и ее особая область – психотерапия (или в более общем виде – психорегуляция).

На это обстоятельство обращали внимание многие видные специалисты, одним из которых был П.И. Буль. Опираясь на свой многолетний и плодотворный опыт работы гипнотерапевтом, он отмечал: «Уже давно было отмечено огромное значение авторитета врача, а врача психотерапевта в особенности, для его практической работы. Более того, он должен сам позаботиться о создании своего врачебного авторитета во имя пользы дела, во имя здоровья своих будущих больных. Нельзя это важное дело пускать на самотек или отдавать в руки недоброжелателей, на волю случая или стечения обстоятельств». И далее: «При большом авторитете врача-психотерапевта даже негативные моменты начинают работать на вас» [3, с. 69]. В обстоятельной докторской диссертации известного психотерапевта В.Н. Куликова были изучены различные аспекты данной проблемы. В ча-

стности, был установлен важный факт, что коэффициент сопряженности между авторитетностью суггестора и эффектом его внушения равен 0,94 [9], т. е. между ними существует почти прямолинейная зависимость, указывающая, что авторитет психотерапевта действительно является одним из важных факторов эффективной психотерапии.

Психотерапия, по своей сути, представляет собой организационно-психологический процесс, в котором психотерапевт направляет пациента по пути оздоровления. В этом процессе важную роль играют все названные выше формы авторитета личности, и прежде всего формальный авторитет психотерапевта, определяемый его статусными характеристиками (принадлежностью к лечебному учреждению, должностным положением, учеными званиями и т. д.). Эти характеристики в первую очередь «работают» на авторитет психотерапевта, вызывая у вероятных пациентов чувство доверия и расположения. Затем «в дело вступает» моральный авторитет психотерапевта, главным основанием которого является его отношение к пациентам: внимательное и доброжелательное, вызывающее у них еще большее доверие и расположение. Наконец, наступает очередь профессионального авторитета, основанного на профессиональных знаниях, умениях и навыках психотерапевта. Эти две последние формы авторитета и определяют, в конечном счете, успешность психотерапевтической сессии в целом. Ее критериями являются удовлетворенность респондентов (пациентов) результатами психорегулятивной практики и, конечно, объективные показатели их состояния.

Здесь уместно напомнить о некоторых важных качествах талантливых организаторов, изученных проф. Л.И. Уманским и его сотрудниками. Ими было показано, что такими качествами являются так называемые «психологическая избирательность» и «психологический такт» [15]. Первое качество состоит в умении наиболее глубоко и полно отражать психологию других людей, что является наиболее характерной особенностью талантливых организаторов, второе – в умении найти верный тон, нужную форму общения с человеком. Психологический такт – важнейшая предпосылка авторитета психотерапевта, дающая ему возможность эффективной коммуникации с пациентами, налаживания продуктивного контакта с ними. С этого начинаются организационно-психологический процесс и завоевание психотерапевтом личного авторитета у своих подопечных.

На первых порах важно не допустить разочарования будущих пациентов в профессиональных возможностях психолога (психотерапевта). Неслучайно поэтому подготовка к сеансам гипно- и психотерапии начинается

с предварительных проб на внушаемость и гипнабельность пациентов, преследующих две цели: показать им реальность воздействия на психику человека словом и постараться избежать неудачи такого воздействия. Эти «пластичные особенности» психики пациентов позволяют психологу (психотерапевту) успешно проводить внушающие воздействия. И когда это удается, то он приобретает в глазах реципиентов (пациентов) первичный статус «субъекта авторитета», которому доверяют, но хотят увидеть, «что у него получится». А дальше все зависит от его профессиональной выучки, суггестивной техники и творческой способности благоприятно повлиять на психологическое состояние пациента, добиться устойчивого терапевтического эффекта.

И если ему это тоже удастся, то психолог (психотерапевт) приобретает в глазах своих подопечных самый ценный из авторитетов – личный авторитет первоклассного специалиста, обладающий значительной устойчивостью в общественном сознании. С этого момента, когда реципиенты (пациенты) убеждены, что психолог «знает и умеет», авторитет начинает усиливать и его мастерство, и их удовлетворенность от сеансов психотерапии. Сначала мы работаем на авторитет, а затем – авторитет «работает» на нас.

Опираясь на эти принципиально важные в теоретическом и практическом планах выводы, нами было разработана оригинальная психорегулятивная методика «Семь шагов» («Seven steps»), позволяющая сформировать искомое «отношение авторитета» между сторонами психокоррекционного процесса и на его основе оказывать эффективное психорегулятивное воздействие индуктора на реципиентов. Предпочитаем называть субъект воздействия индуктором, поскольку он «наводит» определенное психологическое состояние на реципиентов, не вводя их в гипнотический транс. Хотя сильно астенизированные и внушаемые индивиды могут входить в сноподобное состояние или даже погружаться в здоровый физиологический сон. Вместе с тем, индуктор является и суггестором, и психотренером, внушая своим подопечным нужные состояния и обучая их приемам саморегуляции и самоконтроля.

Мы имели хорошую возможность в течение 7 лет работать медицинским психологом в одной из лучших психиатрических больниц им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург), занимаясь психодиагностикой и психорегулятивной практикой. Нашими подопечными были пациенты санаторных отделений в стадии ремиссии. Некоторые результаты этой весьма интересной работы опубликованы в научной статье, посвященной краткому

изложению разработанного нами психорегулятивного метода «Релаксационно-суггестивного психотренинга» (РСПТ), успешно применявшегося автором в работе с пациентами [13].

Особый вид авторитета представляет собой авторитет Церкви и ее священнослужителей, опирающийся на непререкаемый авторитет у верующих высшей сущности – Бога. Он органично включается в религиозные службы, создавая в храме атмосферу благоговения и оказывая на верующих экстазирующее воздействие. Это – по своей сути – групповая духовная психотерапия, в которой задействованы все психологические механизмы побудительного воздействия на собравшихся в храме: внушение, подражание, убеждение, психическое заражение, духовные песнопения и музыка. Здесь невольно вспоминаются благотворные психотерапевтические храмовые службы великого проповедника святого отца Иоанна Кронштадского, оказывавшего на его паству неизгладимое душеисцеляющее воздействие.

Поэтому совершенно закономерно возникновение такой важной разновидности психотерапии, как духовно ориентированная православная психотерапия, опирающаяся на авторитет Церкви и научного познания. Сочетание этих двух ипостасей, как отмечает проф. Г.И. Григорьев – создатель данного метода, приносит свои целебные плоды в лечении алкоголизма и других наркоманий [5]. Важно, чтобы эти виды авторитета обладали длительной устойчивостью в психике пациентов и могли регулировать их намерения и поведение достаточно долго. Исследования в этом направлении имеют хорошую перспективу.

Весьма интересным представляется психологический анализ сущности такого фундаментального феномена, каким является «феномен зависимости». Мы – люди – зависим от физических факторов (воздуха, пищи и др.), удовлетворяющих наши физиологические потребности. Мы зависим от социальных факторов, удовлетворяющих наши потребности в общении, труде, семье и т. д. И не в последнюю очередь – от признанных авторитетов, направляющих нашу жизнь в социально одобряемое русло. Наконец, мы зависим от духовных факторов, удовлетворяющих наши высшие потребности в смысле и цели жизни, без которых невозможна жизнь нормального человека. Многие зависят от наркотических веществ, когда жизнь утрачивает действительный смысл и его заменяет псевдопотребность в ее иллюзии. Причиной этого являются не только личностные особенности наркозависимых людей, но и социальные условия их жизни, утраченные ими позитивных ценностных ориентаций, а также подражание образцам

поведения «высших» слоев общества. «Гламурное» и «эксклюзивное» становятся под влиянием этого психологического механизма модными и партикулярными, охватывающим широкие массы «низших» слоев общества.

### *Литература*

1. *Бехтерев В.М.* Внушение и его роль в общественной жизни / В.М. Бехтерев. – 3-е изд. – СПб. : К.Л. Риккер, 1908. – 175 с.
2. *Бодалев А.А.* Личность и общение / А.А. Бодалев. – М. : Педагогика, 1983. – 270 с.
3. *Буль П.И.* Техника гипноза и внушения / П.И. Буль. – СПб. : Редактор, 1992. – 142 с.
4. *Василенко В.А.* Ценность и оценка / В.А. Василенко. – Киев, 1969. – 110 с.
5. Духовно ориентированная психотерапия патологических зависимостей / под ред. Г.И. Григорьева ; Междунар. ин-т резервных возможностей человека. – СПб., 2008. – 503 с.
6. *Кейзеров Н.М.* Власть и авторитет / Н.М. Кейзеров. – М. : Юрид. лит., 1973. – 264 с.
8. *Киселев Ю.В.* Роль авторитета в общественной жизни : автореф. дис. ... канд. филос. наук / Киселев Ю.В. – Л., 1966. – 19 с.
9. *Ковалев А.Г.* Взаимовлияние людей в процессе общения и формирование общественной психологии / А.Г. Ковалев // Учен. зап. ЛГУ. – Л., 1964. – Т. 254. – С. 74–81.
10. *Куликов В.Н.* Социально-психологический аспект суггестии : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / В.Н. Куликов. – Л., 1974. – 30 с.
11. *Мясищев В.Н.* Психология отношений : избр. тр. / В.Н. Мясищев. – Л., 1973. – 381 с.
12. *Рубинштейн С.Л.* Принципы и пути развития психологии / С.Л. Рубинштейн. – М., 1959. – 208 с.
13. *Степкин Ю.П.* Исследование авторитета личности как социально-психологического явления : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ю.П. Степкин. – Л., 1976. – 18 с.
14. *Степкин Ю.П.* Опыт применения релаксационно-суггестивной психотерапии в санаторном отделении психиатрической больницы / Ю.П. Степкин // Вестн. психотерапии. – 2004. – № 11. – С. 147–151.
15. *Тугаринов В.П.* Теория ценностей / В.П. Тугаринов. – Л. : ЛГУ, 1968. – 218 с.

16. Уманский Л.И. Психология организаторских способностей : автореф. дис. ... д-ра психол. наук / Л.И. Уманский. – М., 1968. – 30 с.

17. Kellman H.H. Three processes of acceptance of social influence: compliance, identification and internalization / H.H. Kellman // Papers and Meetings of the Amer. Psychol. Assoc. – Washington, 1956. – P. 31–37.

УДК 616.89-08

*Н.Б. Лутова*

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА У БОЛЬНЫХ ПСИХОЗАМИ**

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

### *Введение*

Качество взаимоотношений между врачом и пациентом в настоящее время признается краеугольным камнем в психиатрической практике. В то же время одной из важнейших проблем психиатрии остается проблема некомплайенса, что может проявляться в несогласии больного с рекомендациями врача, нерегулярности посещения медицинских учреждений, прекращении лечения, отказе от психотерапии и других психосоциальных программ, а также в чрезмерном употреблении и злоупотреблении лекарствами, в изменении графика приема лекарств и их дозировки [21]. Данные нарушения широко распространены среди больных психозами и приводят к тяжелым последствиям, поскольку нарушение режима приема лекарств оказывает серьезное негативное влияние на эффективность медикаментозного лечения [17] и предопределяет неблагоприятный прогноз течения заболевания, увеличивая риск госпитализаций [11, 16, 18]. Среди различных факторов, оказывающих влияние на соблюдение больным медикаментозных назначений, предписанных врачом, весьма важными признаются коммуникативный стиль врача в общении с больным и терапевтические взаимоотношения, т. е. то, что обозначается термином «терапевтический альянс» [3, 9]. Многочисленные исследования показали, что неудачи формирования альянса между врачом и пациентом приводят к некомплайенсу больного относительно лечебных планов [6, 7], преждевременному прекращению терапии [8, 20] и худшим результатам лечения [10, 13].

При всей значимости качества терапевтического альянса в лечении больных психозами, его изучением и оценкой преимущественно занимаются исследователи психотерапевтического процесса [5], а его оценка в рутинной психиатрической практике получила меньше внимания [15]. Среди причин сложившейся ситуации можно выделить несколько. Во-первых, это своеобразие и трудности формирования терапевтического альянса, свойственные больным шизофренией и пациентам с личностными расстройствами [4, 7, 14]. Отношения этих групп пациентов с врачом описываются как избегающие контакта или чрезмерно привязчивые, холодные, агрессивные, эротические и/или вычурно-манерные, что, в свою очередь, вызывает определенный пессимизм у части врачей. Во-вторых, инструменты для оценки терапевтического альянса у психически больных малочисленны, а часть предлагаемых для использования имела существенные недостатки [19].

При том что в литературе существуют многочисленные упоминания о существовании взаимосвязи комплайенса и терапевтического альянса, в приводимых данных обычно не уточняется, какие из аспектов терапевтического альянса оказывают влияние на различные подсистемы комплайенса, что существенно обедняет проведение терапии комплайенса. Поэтому целью нашего исследования явилось изучение и уточнение взаимосвязи различных аспектов терапевтического альянса с различными подсистемами, формирующими комплаентность больных психозами.

### ***Материалы и методы***

Обследованы 158 человек, проходивших лечение в отделении интегративной фармако-психотерапии психических расстройств Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, из них мужчин было 67 (42,4 %), женщин – 91 (57,6 %), их средний возраст составил  $(33,4 \pm 2,1)$  лет. Согласно диагностическим критериям МКБ-10, обследованные больные были распределены по нозологиям следующим образом: F20.0 – 103 человека; F21 – 9 человек; F25 – 5 и F3 – 41 человек.

Для изучения комплайенса больных применялась Шкала медикаментозного комплайенса (ШМК) [1, 13]. В ШМК отражены группы факторов, влияющих на соблюдение режима лекарственной терапии, связанные с отношением к медикации, а также с пациентом, близким окружением и лечащим врачом. К каждому из перечисленных факторов отнесены отдельные пункты шкалы, которые градуированы, а градуировки снабжены со-



держательными характеристиками различий. Характеристики градаций приведены к однозначно распознаваемым поведенческим характеристикам или установкам больного. ШМК содержит 25 пунктов, и количественные значения градаций выстроены таким образом, что нарастанию величины балла соответствует повышение уровня комплаенса. Общий балл выводится простым сложением величин градаций отдельных пунктов.

Для оценки терапевтического альянса использован опросник для оценки терапевтических отношений в рутинной психиатрической практике (4PAS) [17]. Это опросник, содержащий 11 вопросов, позволяет оценить общий уровень терапевтического альянса, а также его составляющие: «эмпатию», отражающую позитивное восприятие больным отношений с врачом в целом (1-й параметр), и «психообразование» – аспекты, отражающие понимание пациентом хода лечебного процесса (2-й параметр).

### ***Результаты и их анализ***

С целью исследования взаимосвязей общего уровня комплаентности обследованных больных, а также отдельных подсистем, формирующих комплаенс, и параметров терапевтического альянса был использованы методы корреляционного анализа. В частности, были получены коэффициенты линейной корреляции Спирмена ( $r$ ) и ранговой Кендалла ( $\tau$ ), представленные в таблице.

*Коэффициенты корреляции показателей 4-PAS и ШМК*

Показатель 4-PAS	Фактор ШМК				Сумма
	отношение к медикации	связанные с пациентом	связанные с близким окружением	связанные с врачом	
Линейная корреляция Спирмена					
1-й	0,05	0,08	0,18	0,09	0,09
2-й	0,11	0,13	<b>0,21</b>	<b>0,20</b>	0,14
Сумма	0,10	0,11	<b>0,23</b>	0,14	<b>0,19</b>
Ранговая корреляция Кендалла					
1-й	0,04	0,07	<b>0,14</b>	0,07	0,07
2-й	0,08	0,09	<b>0,15</b>	<b>0,15</b>	0,12
Сумма	0,07	0,08	<b>0,17</b>	0,09	<b>0,13</b>

Коэффициенты корреляции при  $p < 0,05$  выделены п/жирным шрифтом.

Данные, полученные с помощью двух методов статистической обработки, в целом дали сходные результаты. В частности, установлены положительные взаимосвязи между значениями факторов, связанных с близким окружением, ШМК и показателями 4-PAS: 2-м показателем, отражающим «психообразовательную» составляющую терапевтических отношений ( $r = 0,21$ ;  $\tau = 0,15$ ), и общим значением опросника ( $r = 0,23$ ;  $\tau = 0,17$ ).

При помощи обеих методик расчета установлены также положительные взаимосвязи между суммой факторов, связанных с врачом, ШМК и 2-м параметром 4-PAS ( $r = 0,20$ ;  $\tau = 0,15$ ); общим значением ШМК и общим значением опросника 4-PAS ( $r = 0,19$ ;  $\tau = 0,13$ ).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что пациенты, заполняя опросник, являющийся самоотчетом, во многом были ориентированы на мнение близкого окружения, по-видимому, солидаризируясь с их взглядами на врача. Это отразилось в том, что оценка утверждений, отнесенных авторами опросника к «психообразовательной» составляющей терапевтических взаимоотношений: «мне комфортно взаимодействовать с врачом», «я лучше понимаю симптомы своего заболевания», «я чувствую себя лучше с тех пор, как доктор начал лечение», «я думаю, что доктор даст ясные объяснения» и «я чувствую, что я и доктор работаем как одна команда», – положительно взаимосвязана с факторами, связанными с близким окружением, ШМК.

Единственная положительная взаимосвязь, относящаяся к «эмпатичной» составляющей опросника, куда входят следующие утверждения: «я верю, что доктор помогает мне», «я чувствую, что могу рассчитывать на моего врача», «я чувствую, что понимаю врача», «я чувствую, что доктор действительно понимает меня», «я чувствую, что врач хочет мне помочь», также связана с близким окружением, которое так или иначе оказывает влияние на оценку пациента.

Положительные взаимосвязи «психообразовательной» составляющей и факторов, связанных с врачом, ШМК могут говорить о том, что психотические пациенты прежде всего воспринимают врача как «носителя знаний», объясняющего ход лечебного процесса.

Примечательно, что не установлено взаимосвязей между показателями опросника 4-PAS и факторами ШМК, связанными с отношением пациента к медикации, и факторами, связанными с пациентом. Данное явление объясняется тем, что терапевтические отношения не зависят от клинических характеристик пациента и его/ее убеждений относительно лекарств.

В целом, установленная положительная взаимосвязь между общими показателями ШМК и опросника 4-PAS подтверждает существующие в литературе данные о том, что положительная оценка больными терапевтических взаимоотношений приносит положительное влияние на уровень комплайенса.

### ***Выводы***

Всегда считалось, что хорошие отношения с врачом необходимы для того, чтобы больной лучше понимал, что происходит в процессе лечения и что от него требуется. Полученные данные могут говорить о том, что между эмоциональной и когнитивной составляющими отношений нет каузальной связи и что они являются достаточно автономными системами. Несмотря на то что во многих исследованиях, посвященных терапевтическим отношениям с врачом, большое значение придавалось эмпатии врача, полученные данные результаты свидетельствуют о приоритете психообразовательной составляющей, поскольку оказалось, что когнитивный компонент играет решающую роль в успехе терапии – без него не получится коррекция комплайенса. При этом выяснилось, что для его формирования крайне важным является и адекватное психообразование близкого окружения психотических больных, так как их мнение воспринимается и поддерживается пациентами, что чрезвычайно важно для правильного формирования и поддержания их комплаентности.

### ***Литература***

1. Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: усовершенств. мед. технология / Н.Б. Лутова, А.В. Борцов, В.Д. Вид, А.Я. Вукс ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2006. – 23 с.
2. «Adherence» and the negotiated approach to patienthood / S. Eisen-thal, R. Emery, A. Lazare, H. Udin // Arch. Gen. Psychiatry. – 1979. – Vol. 39. – P. 393–398.
3. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals / J.C. Day, R.P. Bentall, C. Roberts [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – Vol. 62, N 7. – P. 717–724.
4. Bowers M.B. Medication and psychotherapy in outpatients vulnerable to psychosis / M.B. Bowers, D.G. Greenfeld // The Psychotherapy of Schizo-

phrenia / J.S. Strauss (eds.) [et al.]. – New York : Plenum Publishing, 1980. – P. 227–237.

5. *Catty J.* The therapeutic relationship in secondary mental health care: a conceptual review of measures / J. Catty, H. Wifield, S. Clement // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2007. – Vol. 116, N 4. – P. 238–252.

6. *Docherty J.P.* The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology / J.P. Docherty, S.J. Fiester // *Psychiatry Update* / R.E. Hales, A.J. Frances (eds.). – Washington : American Psychiatric Press Inc., 1985. – Chap. 32.

7. *Doroff D.R.* Developing and maintaining the therapeutic alliance with the narcissistic personality / D.R. Doroff // *J. Am. Acad. Psychoanal.* – 1976. – Vol. 4. – P. 137–160.

8. *Fiester A.R.* A multivariate analysis of the early dropout process / A.R. Fiester, K.E. Rudestam // *J. Consult. Clin. Psychol.* – 1975. – Vol. 43. – P. 528–535.

9. *Frank A.F.* The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome / A.F. Frank, J.G. Gunderson // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1990. – Vol. 47, N 3. – P. 228–236.

10. *Gomes-Schwartz B.* Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables / B. Gomes-Schwartz // *J. consult. Clin. Psychol.* – 1978. – Vol. 46. – P. 1023–1035.

11. *Hunt G.E.* Medication compliance and comorbid substance abuse in schizophrenia: impact on community survival 4 years after a relaps / G.E. Hunt, J. Bergen, M. Bashir // *Schizophren. Res.* – 2002. – Vol. 54, N 3. – P. 253–264.

12. *Lutova N.* The medication compliance in psychiatry and method of its assessment / N. Lutova, N. Neznanov, V. Wied // *Yearbook of International Psychiatry and Behavioral Neurosciences* / N. Barton (ed.). – New York : Nova Science Publishers, Inc., 2009. – P. 399–408.

13. *Marziali E.* Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome / E. Marziali, C. Marmar, J. Krupnick // *Am. J. Psychiatry.* – 1981. – Vol. 138. – P. 361–364.

14. *Masterson J.F.* The borderline adult: therapeutic alliance and transference / J.F. Masterson // *Am. J. Psychiatry.* – 1978. – Vol. 135. – P. 437–441.

15. *McCabe R.* The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings / R. McCabe, S. Priebe // *Int. J. Soc. Psychiatry.* – 2004. – Vol. 50, N 2. – P. 115–128.

16. Medication adherence in psychosis: predictors and impact on outcome. A 2-year follow-up of first-admitted subjects / H. Verdoux, J. Lengronne,

F. Lirand [et al.] // Acta. Psychiatr. Scand. – 2000. – Vol. 102, N 3. – P. 203–210.

17. *Osterberg L.* Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 353, N3. – P. 487–497.

18. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia / P.J. Weiden, G. Kozma, A. Grogg, J. Locklear // Psychiatr. Serv. – 2004. – Vol. 55, N 8. – P. 886–891.

19. The 4-point ordinal alliance self-report: a self-report questionnaire for assessing therapeutic relationships in routine mental health / D. Misdrahi, H. Verdoux, C. Lancon, F. Bayle // Comprehensive Psychiatry. – 2009. – Vol. 50. – P. 181–185.

20. Therapeutic style and attrition rate for psychiatric drug treatment / K. Howard, K. Rickels, J.E. Mock [et al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 1970. – Vol. 150. – P. 102–110.

21. WHO: World Health Organization. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva: World Health Organization. 2003

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 616.89

*О.Н. Якунина, Л.В. Липатова*

## КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

### *Введение*

Клинико-психологические особенности личности больных эпилепсией формируются под влиянием клинических, психологических и социальных факторов [4]. Результаты исследования когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер больных эпилепсией более неоднородны и вариативны, чем у здоровых лиц, что связано с их полифакторной обусловленностью [9, 11, 13, 14].

Одним из таких факторов является возраст больных эпилепсией. Изучение особенностей личности больных эпилепсией разных возрастных групп актуально в связи с задачами психологической коррекции и реабилитации. В формировании структуры личности больных эпилепсией переплетаются общие возрастные закономерности и особенности, присущие больным этим недугом. Возраст пациентов и длительность болезни являются временными параметрами заболевания, отражают динамику его развития и оказывают совместное влияние на психологический статус. Происходит усиление дезорганизации деятельности головного мозга в процессе его эпилептизации и под воздействием присоединяющихся возрастных изменений. У больных эпилепсией изменения в психической сфере, обусловленные длительным течением заболевания, усугубляются возрастными особенностями, что необходимо учитывать при их реабилитации.

У взрослых и, особенно, пожилых людей, длительный анамнез эпилепсии, диффузное или грубое локальное поражение структуры головного мозга и другие факторы могут приводить как к интеллектуально-мнестическим нарушениям вплоть до степени деменции, так и к выраженным психическим расстройствам, которые являются более ригидными к терапии и психологической коррекции [10, 12, 15].

### ***Материалы и методы***

Обследовано 142 больных эпилепсией с различными клиническими проявлениями заболевания в возрасте от 15 до 64 лет, из них мужчин было 61 (43 %), женщин – 81 (57 %). Все больные были разделены на три возрастные группы: 1-я – 15–21 год (41 человек, или 28,9 %), 2-я – 22–44 года (82 человека, или 57,7 %), 3-я – 45–64 года (19 человек, или 13,4 %). Распределение пациентов по этим возрастным группам сохранялось для мужчин и женщин.

Проведено также изучение особенностей личности 42 больных эпилепсией в возрасте от 17 до 64 лет в зависимости от выраженности возрастных структурно-морфологических изменений головного мозга, представленных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ), выявленной методом магнитно-резонансной томографии головного мозга.

Пациенты были разделены на две группы: «А» – составили 30 больных (возраст от 17 до 44 лет) с начальными явлениями ДЭ, которая характеризовалась наличием единичных очагов глиоза в белом веществе головного мозга, слабо выраженных признаков атрофических изменений коры и вещества головного мозга; и «Б» – 12 больных в возрасте от 47 до 64 лет с выраженными признаками ДЭ в виде множественных очагов глиоза и атрофических изменений головного мозга средней и выраженной степени. По частоте припадков группы существенно не различались (27 % редких приступов в А-группе, 25 % – в Б-группе).

Для оценки когнитивной, эмоциональной и поведенческой сфер использованы следующие методики:

- цифровая корректурная проба – оценка особенностей внимания и умственной работоспособности;

- методика «10 слов» и тест визуальной ретенции Бентона – изучение слухоречевой и зрительной памяти, зрительно-моторной координации;

- методика «Исключение лишнего предмета», методика Векслера – исследование мышления и интеллекта;

- методика самооценки функционального состояния (САН), семантический дифференциал Д. Фельдеса (СДФ), методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММПИ) – оценка особенностей эмоционального реагирования и поведения.

- методика Э. Хайма – изучение механизмов совладающего поведения, копинг-стратегий.

Все методики созданы или адаптированы в лаборатории клинической психологии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева.

### *Результаты и их анализ*

Результаты сравнительного и корреляционного анализа показывают, что по мере увеличения возраста больных эпилепсией усиливается торпидность психической деятельности. Это выражается в увеличении времени выполнения заданий, отражающих темп умственной работоспособности и скорость психомоторных реакций. По мере увеличения возраста пациентов усиливается неустойчивость внимания, что выражается в увеличении количества ошибок в цифровой корректурной пробе ( $r = 0,37$ ;  $p < 0,01$ ). Результаты корреляционного анализа свидетельствуют также, что по мере увеличения возраста больных эпилепсией снижается продуктивность запоминания ряда из 10 слов ( $r = -0,41$ ;  $p < 0,01$ ) и геометрических фигур ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,01$ ). Выявляется снижение шкальных оценок субтестов методики Векслера «Шифровка» ( $r = -0,26$ ;  $p < 0,05$ ), «Повторение цифр» ( $r = -0,30$ ;  $p < 0,05$ ), «Недостающие детали» ( $r = -0,36$ ;  $p < 0,01$ ). Имеются достоверные различия успешности выполнения субтеста «Шифровка» у пациентов 1-й и 3-й групп, соответственно ( $8,2 \pm 0,5$ ) и ( $6,5 \pm 0,4$ ) балла при  $p < 0,05$ , и теста визуальной ретенции, соответственно ( $6,7 \pm 0,3$ ) и ( $5,4 \pm 0,5$ ) балла при  $p < 0,05$ . Эти данные свидетельствуют о достоверных различиях уровня зрительной памяти и зрительно-моторной координации у пациентов младшей и старшей возрастных групп.

Проявление общей возрастной закономерности усиливается влиянием длительности течения заболевания. Возраст пациентов и длительность болезни являются временными параметрами заболевания, отражают динамику его развития. Дезорганизация деятельности головного мозга больных эпилепсией происходит как в процессе его эпилептизации при длительном течении заболевания, так и вследствие естественных возрастных изменений. Длительное течение эпилепсии влечет изменение преимущественно наглядно-образных, невербальных функций интеллекта. У пациентов является низкий уровень активного внимания и памяти, слабость зрительно-моторной координации, снижение конструктивных навыков, способности к анализу наглядной ситуации. Они затрудняются в оперировании словесным материалом и в понимании обобщенного смысла понятий. Это совпадает с тенденцией изменения когнитивных функций у больных пожилого возраста.



При исследовании эмоциональной сферы больных эпилепсией также выявляются возрастные закономерности. По мере увеличения возраста пациентов происходит незначительное снижение оценок по всем факторам методики «САН». Пациенты старшего возраста склонны оценивать свое самочувствие как плохое. С возрастом усиливаются астенические проявления, снижается настроение. Однако эти различия не достигают уровня статистической значимости. Эти результаты наглядно представлены на рис. 1.

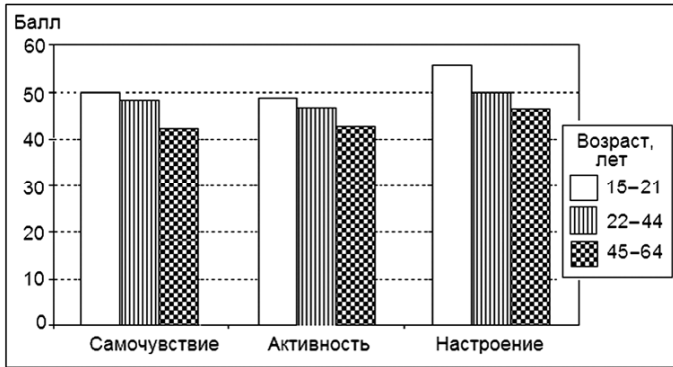


Рис. 1. Показатели методики «САН» у больных эпилепсией

По данным методики ММРІ (рис. 2), по мере развития заболевания и увеличения возраста больных усиливаются такие свойства, как повышенная фиксация на болезненных ощущениях, снижение настроения, тревожность, социальная интроверсия и другие. Получены достоверные различия между группами по шкалам Hs, D, Ну и Si. Обнаружены значимые различия в 1-й и 3-й группах показателей шкалы Hs, соответственно ( $63,4 \pm 2,7$ ) и ( $78,4 \pm 2,7$ ) Т-балла при  $p < 0,002$ , шкалы D, соответственно ( $66,1 \pm 3,2$ ) и ( $80,1 \pm 4,0$ ) Т-балла при  $p < 0,021$ , и шкалы Ну, соответственно ( $62,6 \pm 2,3$ ) и ( $71,9 \pm 2,8$ ) Т-балла при  $p < 0,042$ . Имеются также достоверные различия по шкале Ну между 2-й и 3-й группами, соответственно ( $61,8 \pm 1,4$ ) и ( $71,9 \pm 2,8$ ) Т-балла при  $p < 0,012$ . Уровень социальной интроверсии (шкала Si) значительно различается в 1-й и 3-й группах, соответственно ( $55,4 \pm 1,9$ ) и ( $67,2 \pm 2,5$ ) Т-балла при  $p < 0,002$ , и во 2-й и 3-й, соответственно ( $58,4 \pm 1,3$ ) и ( $67,2 \pm 2,5$ ) Т-балла при  $p < 0,02$ .

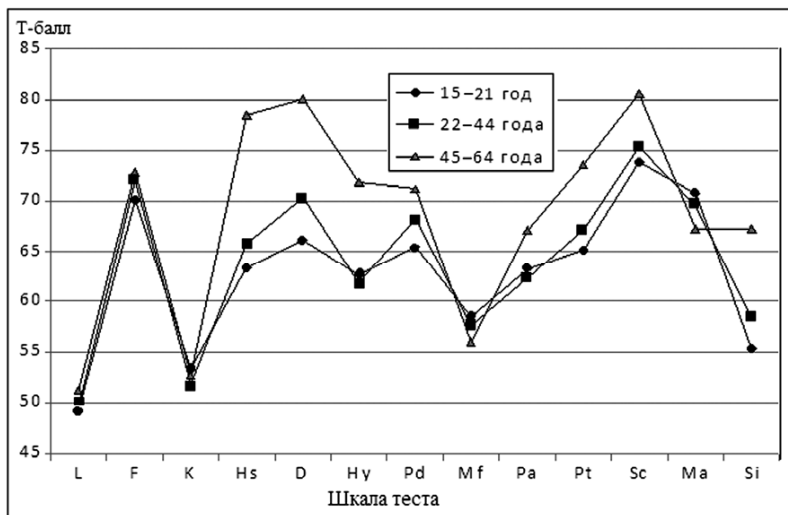


Рис. 2. Показатели методики ММРІ больных эпилепсией

Шкалы теста: L – ложь, F – достоверность, K – коррекция,  
 Hs – ипохондрия (сверхконтроль), D – депрессия,  
 Hy – истерия (эмоциональная лабильность), Pd – психопатия (импульсивность),  
 Mf – мужественность–женственность, Pa – параноя (ригидность),  
 Pt – психастения, Sc – шизофрения (индивидуалистичность),  
 Ma – гипомания, Si – социальная интроверсия

Выраженность личностных изменений достигает статистической значимости в группе больных, у которых одновременно больше и возраст пациентов, и длительность заболевания. Для них характерны ипохондрия, снижение настроения ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,05$ ), социальная интроверсия ( $r = 0,27$ ;  $p < 0,05$ ), склонность к формированию чувства собственной неполноценности. У пациентов пожилого возраста более высок уровень боязливости, опасливости и страхов, им более свойственен пессимистический самопрогноз ( $r = 0,39$ ;  $p < 0,05$ ). С увеличением возраста пациентов более частыми становятся экстрапунитивные реакции в ситуациях фрустрации ( $r = 0,27$ ;  $p \leq 0,05$ ). Для больных старшей возрастной группы характерно доминирование самозащитного типа эмоционального реагирования в методике Розенцвейга.

По данным методики «ТОБОЛ» во всех возрастных группах больных эпилепсией преобладает сенситивный тип отношении к болезни (С), но у более молодых пациентов чаще выявляется анозогностический тип отношения к своему заболеванию (3). Психологический смысл этих типов отношения к болезни разъясняется в методических рекомендациях по при-

менению методики «ТОБОЛ» [5]. На рис. 3 представлены результаты обследования больных эпилепсией методикой «ТОБОЛ».

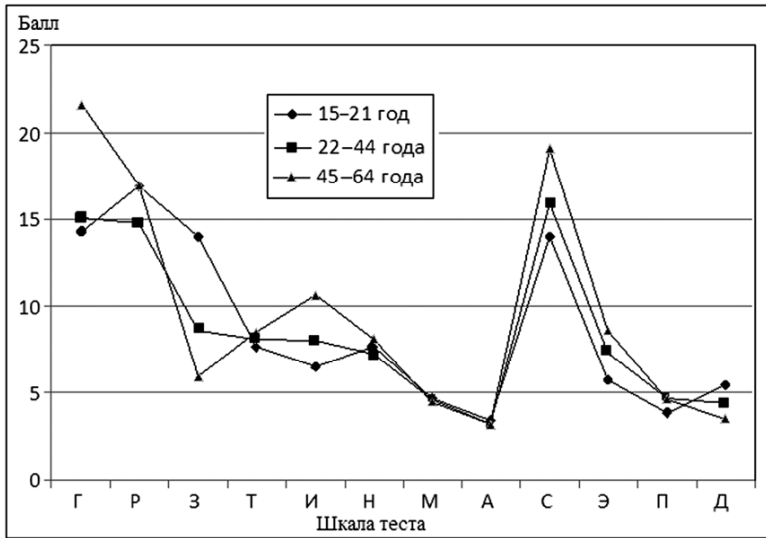


Рис. 3. Показатели методики ТОБОЛУ у больных эпилепсией

Тип отношения к болезни: Г – гармоничный, Р – эргопатический, З – анозогнозический, Т – тревожный, И – ипохондрический, Н – неврастенический, М – меланхолический, А – апатический, С – сенситивный, Э – эгоцентрический, П – паранойяльный, Д – дисфорический

Рассматривая болезнь как стресс, который является эмоционально значимым для человека, важно изучать основные стратегии совладающего поведения больных эпилепсией, обусловленные ориентацией на когнитивный анализ в связи с аффективной напряженностью, вызванной кризисной для личности ситуацией. Термин «coping» впервые был использован в 1962 г. Л. Мерфи. В контексте стремления индивида решить возникшую жизненную проблему. Основные положения концепции копинг-процессов были разработаны Р. Лазарусом, который рассматривал копинг в качестве стабилизирующего фактора, который может помочь личности поддержать психосоциальную адаптацию в период воздействия стресса. Таким образом, «копинг», или «преодоление стресса», рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям.

При изучении механизмов совладающего поведения методикой Э. Хайма [4] было обнаружено, что при увеличении возраста пациентов уменьшается процент адаптивных когнитивных копинг-стратегий по типу сохранения самообладания (20,5, 12,5 и 10,5 % соответственно), а также по типу диссимуляции (17,9, 8,3 и 5,3 %). Увеличивается процент стратегий по типу установки собственной ценности (2,6, 8,3 и 10,5 %). Это показано на рис. 4. Здесь и далее полученные результаты отражают определенные тенденции, но не имеют статистической достоверности.

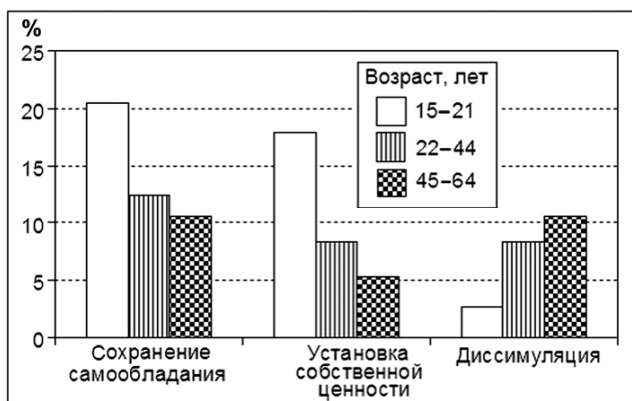


Рис. 4. Когнитивные копинг-стратегии у больных эпилепсией

С увеличением возраста больных эпилепсией снижается процент адаптивных эмоциональных копинг-стратегий оптимизма (53,8, 48,8 и 36,8 %) и увеличивается число реакций по типу эмоциональной разрядки (0, 4,9 и 5,3 %) с возникновением состояния отчаяния (рис. 5).

У пациентов старшей возрастной группы чаще встречаются поведенческие копинг-стратегии по типу отвлечения (17,9, 23,6 и 31,6 %) и обращения (15,4, 16,7 и 31,6 %). Снижается процент таких адаптивных стратегий совладающего поведения, как сотрудничество (23,1, 11,1 и 5,3 %) (рис. 6).

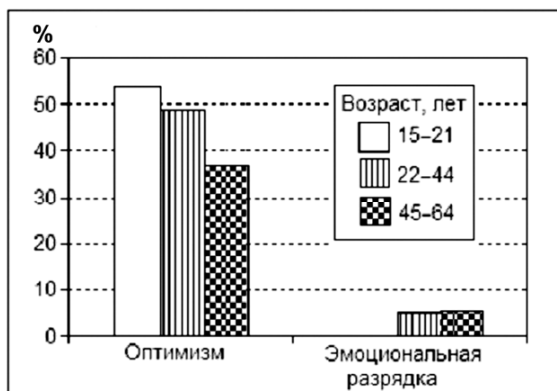


Рис. 5. Эмоциональные копинг-стратегии у больных эпилепсией

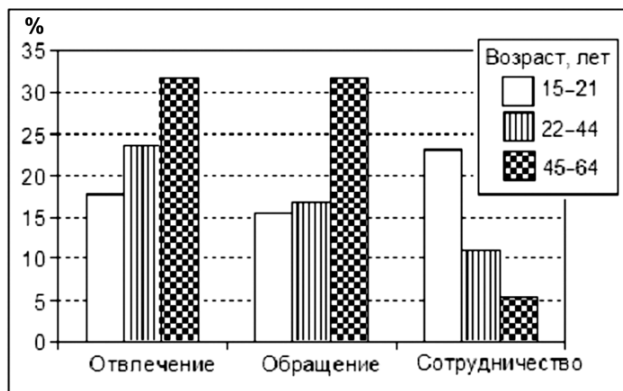


Рис. 6. Поведенческие копинг-стратегии у больных эпилепсией

На рис. 7 представлена частота встречаемости нарушений в когнитивной и эмоциональной сфере у больных эпилепсией.

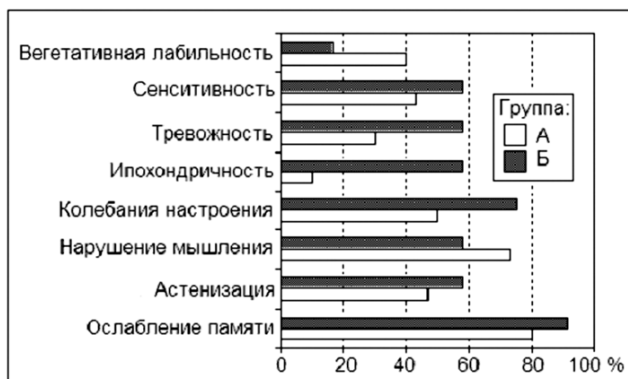


Рис. 7. Частота психопатологических нарушений у больных эпилепсией

В обеих группах больных высок процент нарушения внимания, его неустойчивость (у 83,3 % больных), ослабления слухоречевой и зрительной памяти, причем в Б-группе эти нарушения встречаются чаще (у 91,6 и 80 %, соответственно). Нарушение мыслительной деятельности в виде снижения уровня обобщенности мышления значительно чаще встречается у пациентов А-группы (у 73,3 и 58,3 %). Возможно, это обусловлено тем, что у больных этой группы более ранний возраст начала заболевания (в среднем, 10,3 года у пациентов А-группы, и 26,3 года – в Б-группе) и формирование мыслительной деятельности происходило на фоне болезненного процесса. Практически у всех больных обеих групп имеется замедление темпа умственной работоспособности и зрительно-моторной координации. Астенические проявления чаще встречаются у пациентов с выраженными проявлениями энцефалопатией (58,3 %), чем с начальными ее проявлениями (46,7 %).

У пациентов Б-группы чаще отмечается неустойчивость эмоционального реагирования, колебания фона настроения, слабодушие (75 и 50 % соответственно), что может быть связано с их большей соматической отягощенностью (например, у 75 % пациентов Б-группы выявлена гипертоническая болезнь; у пациентов А-группы она отсутствует). Вегетативная лабильность чаще встречается у пациентов с начальными проявлениями энцефалопатии (40 и 16 %), у них менее выражена фиксация на болезненных ощущениях (10 и 58,3 %), тревожность (30 и 58,3 %), сенситивность (43,3 и 58,3 %).

### *Заключение*

Таким образом, проведенное исследование показывает, что у больных эпилепсией имеются возрастные особенности когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферы и совладающего поведения. Выявленные нарушения у больных эпилепсией, в частности в когнитивной сфере, совпадают с общей возрастной закономерностью, отмечаемой рядом авторов [1, 2, 6]. При прогрессивном типе течения заболевания возрастные изменения по своему вектору совпадают с изменениями, связанными с длительным течением болезни [3, 8]. Выявленные нарушения усиливаются у пациентов старшей возрастной группы при отягощении болезненного процесса явлениями дисциркуляторной энцефалопатии.

Психологическое диагностическое исследование необходимо для оценки адаптационных возможностей больного для соответствующего психологического сопровождения и проведения психокоррекционной работы [7], что позволит повысить качество лечения и реабилитации больного.

### *Литература*

1. *Ананьев Б.Г.* Человек как предмет познания / В.Г. Ананьев. – Л. : ЛГУ, 1969. – 340 с.
2. *Бурльер Ф.* Определение биологического возраста человека / Ф. Бурльер. – Женева : ВОЗ, 1971. – 71 с.
3. *Демиденко Т.Д.* Поздняя эпилепсия (патогенез, клиника, лечение, социальная реадaptация) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Т.Д. Демиденко. – М., 1971. – 24 с.
4. *Копинг-поведение у больных невротами и его динамика под влиянием психотерапии: пособие для врачей / Б.Д. Карвасарский, В.А. Абабков, А.В. Васильева [и др.] ; С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1999. – 22 с.*
5. *Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: метод. рекомендации / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс ; Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. им. В.М. Бехтерева. – Л., 1987. – 27 с.*
6. *Панко С.* Старение психологических особенностей человека / С. Панко // Основы геронтологии. – М., 1960. – С. 43–67.
7. *Психические расстройства при эпилепсии: пособие для врачей / В.В. Калинин [и др.]. – М. : Печ. город, 2006. – 27 с.*
8. *Эпилепсия, изменения личности, лечение / С.А. Громов, М.Я. Киссин, О.Н. Якунина, Е.С. Ерошина. – СПб. : Балтика, 2006. – 320 с.*

9. Acute effects of subclinical epileptiform EEG discharges on cognitive activation / A.P. Aldenkamp, J. Beitler, I. van der Linden, L. Diepman // *Func. Neurol.* – 2005. – Vol. 20. – P. 23–28.
10. Chronic epilepsy and cognition: a longitudinal study in temporal lobe epilepsy / C. Helmstaedter, M. Kurthen, S. Lux [et al.] // *Ann Neur.* – 2003. – Vol. 54. – P. 425–432.
11. Do epileptic seizures damage the brain? // T.P. Sutula, J. Hagen, A. Pitkanen // *Curr. Opin. Neurol.* – 2003. – Vol. 16. – P. 189–195.
12. *Elger C.E.* Chronic epilepsy and cognition / C.E. Elger, C. Helmstaedter, M. Kurten // *Lancet Neurol.* – 2004. – Vol. 3. – P. 663–672.
13. *Helmstaedter C.* Postictal courses of cognitive deficits and focal epilepsies / C. Helmstaedter, C.E. Elger, M. Lendt // *Epilepsia.* – 1994. – Vol. 35. – Vol. 1073–1078.
14. *Kwan P.* Neurophysiological effects of epilepsy and antiepileptic drugs / P. Kwan, M.J. Brodie // *Lancet.* – 2001. – Vol. 357. – P. 216–222.
15. The effects of the refractory epilepsy on intellectual functioning in children and adults / H. Bjornaes, K. Stabell, O. Henriksen, Y. Loyning // *A longitudinal study. Seizure.* – 2001. – Vol. 10. – P. 250–259.



## ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ К БОЛЕЗНИ ЖЕНЩИН С ПЕРВЫМИ ПРИСТУПАМИ ШИЗОФРЕНИИ

Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко, Санкт-Петербург;  
Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина

### *Введение*

На сегодняшний день доказано, что раннее медико-психологическое вмешательство при шизофрении приводит к минимизации негативного влияния болезни, снижению выраженности психосоциального стресса, а также способствует более благоприятному течению и социальному восстановлению пациентов [8]. В этой связи объектом исследования ученых все чаще становятся больные с первыми приступами шизофрении, а предметом исследования – их личностные ресурсы и особенности адаптации к возникшему психическому заболеванию.

Первый психотический эпизод шизофрении является тяжелейшим биологическим и социальным стрессом для больного и его родственников. Манифестация заболевания становится самостоятельной психической травмой, затрагивающей значимые стороны существования человека, приводящей к глубоким внутренним переживаниям и во многом определяющей его дальнейшую жизнь [9].

Преодоление фрустрирующего влияния первых приступов заболевания, лежащее в основе благоприятного прогноза, зависит от характеристик психологической адаптации [7], отражающей индивидуально-личностный уровень психической регуляции, представленной копингом, психологической защитой и внутренней картиной болезни (ВКБ) и рассматриваемой в качестве активной личностной функции, обеспечивающей согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни [16].

К изучению особенностей психологической адаптации и личностных ресурсов у больных шизофренией в последние годы было привлечено большое количество ученых. Получены данные о структуре ВКБ пациентов с шизофренией [6, 11, 15], об особенностях их защитного [1, 3, 20] и совладающего со стрессом поведения [14, 18, 19, 21]. Кроме того, определены факторы, оказывающие влияние на характер психологической адаптации к болезни, одним из которых является пол [17]. Однако психологиче-

ская адаптация к болезни на ранних этапах шизофрении с учетом половой принадлежности пациентов не выступала ранее в качестве предмета психологического исследования.

Вместе с тем, изучение роли психологических ресурсов личности в развитии и течении шизофрении, исследование особенностей психологической адаптации в условиях начинающегося заболевания с учетом фактора пола имеет большое значение для правильного и своевременного решения вопросов диагностики и лечения шизофрении. Без исследования особенностей психологической адаптации к болезни на начальных стадиях шизофрении невозможно адекватное построение реабилитационных мероприятий с данной категорией больных.

Целью настоящего исследования было выявление особенностей психологической адаптации к болезни женщин с первыми тремя психотическими эпизодами шизофрении. В работе были поставлены следующие задачи: 1) определить тип отношения к болезни (ТОБ) у женщин с первыми приступами шизофрении; 2) выявить ведущие механизмы психологической защиты и копинг-стратегии у женщин с первыми приступами шизофрении; 3) описать специфику взаимосвязей между компонентами психологической адаптации женщин с первыми приступами шизофрении, их личностными характеристиками, уровнем субъективного контроля и социальной фрустрированности в основных сферах жизнедеятельности.

### ***Материал и методы***

Объектом исследования выступили 50 больных женщин (1-я группа) с параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10) в возрасте ( $31,3 \pm 1,1$ ) лет с длительностью заболевания не более 5 лет с момента манифестации, в течение которых отмечалось не более трех психотических приступов, находящиеся на лечении в женском отделении «первого психотического эпизода» психиатрического стационара.

Контрольные группы составили 50 больных мужчин (2-я группа) с параноидной шизофренией (F20.0) в возрасте ( $25,6 \pm 0,7$ ) лет, находящихся на лечении в мужском отделении «первого психотического эпизода» психиатрического стационара, и 30 больных женщин (3-я группа) с параноидной шизофренией (F20.0) в возрасте ( $43,4 \pm 1,8$ ) лет, имеющих длительный стаж заболевания (более 5 лет), находящихся на лечении в отделении «общего» типа психиатрического стационара. Все пациенты на момент обследования выведены из острого психотического состояния. Общее количество обследованных – 130 человек.

Исследование выполнено в 2007–2011 гг. на кафедре психофизиологии и клинической психологии Ленинградского государственного университета им. А.С. Пушкина, обследование больных осуществлялось на базе психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кащенко (Санкт-Петербург). В соответствии с поставленными в работе задачами использовались следующие методики:

- психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБ) (методика ТОБОЛ) [2];

- «Индекс жизненного стиля» (методика ИЖС) в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ярышева и Е.Б. Клубовой [12];

- диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера (методика УСК) в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Гольнкиной, А.М. Эткинды [13];

- Дембо–Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан [5];

- диагностики уровня социальной фрустрированности (методика УСФ) Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко [13];

- Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Гольнкиной, Г.Л. Исуриной и Б.Д. Карвасарского [4];

- копинг-тест Лазарус (адаптация методики WCQ) [10].

Кроме выше перечисленных методик, в протокол исследования были включены вопросы, касающиеся особенностей анамнеза обследованных. При статистической обработке результатов применялись сравнительный анализ по t-критерию Стьюдента и корреляционный анализ. В статье представлены средняя арифметическая величина и ошибка средней величины.

### ***Результаты и их анализ***

Результаты данного исследования показали, что в структуре ВКБ у больных 1-й и 2-й групп выражены сенситивный и эргопатический ТОБ, а также высоко представлены гармоничный и анозогнозический типы (по методике ТОБОЛ) (табл. 1). У женщин 3-й группы преобладает нарастающий по мере прогрессирования болезни сенситивный ТОБ, т. е. вслед за первым психотическим эпизодом шизофрении у женщин, как и у мужчин, по механизмам самостигматизации формируется чрезмерная ранимость, уязвимость и озабоченность возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни. При этом с увеличением длительности заболевания показатели самостигматизации у женщин имеют тенденцию к росту, что в значительной степени обуславливает нарастающее с возрастом снижение уровня социальной адаптации больных.

*Таблица 1*  
*Доминирующие типы отношения к болезни по методике ТОБОЛ*

Типы отношения к болезни	Группа			p < 0,01
	1-я	2-я	3-я	
Сенситивный	18,2 ± 1,8	16,9 ± 1,7	27,4 ± 2,1	1/3
Эргопатический	17,5 ± 2,1	17,4 ± 2,3	15,2 ± 3,3	
Гармоничный	15,1 ± 2,4	11,2 ± 2,6	4,7 ± 2,3	1/3
Анозогнозический	14,4 ± 2,6	12,6 ± 2,6	9,2 ± 3,0	

Характерная для больных 1, 2 и 3-й групп чрезмерная уязвимость в отношении своего заболевания (по методике ТОБОЛ) сопровождается у них ростом показателей тревожного (соответственно  $r = 0,60$ ,  $r = 0,52$  и  $r = 0,69$  при  $p < 0,001$ ), неврастенического (соответственно  $r = 0,46$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,34$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,47$ ,  $p < 0,01$ ) и эгоцентрического (соответственно  $r = 0,46$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,43$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = 0,42$ ,  $p < 0,05$ ) ТОБ, а у пациентов 1-й и 2-й групп – усилением сосредоточенности на субъективных болезненных ощущениях (ипохондрический ТОБ) (соответственно  $r = 0,47$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,41$ ,  $p < 0,01$ ).

Иначе говоря, опасаясь неблагоприятного отношения к себе и боясь из-за болезни потерять расположение близких, больные с шизофренией проявляют чрезмерное беспокойство в отношении возможных осложнений заболевания и неэффективности лечения, требуют к себе особого внимания родственников и медицинского персонала, демонстрируя вспышки раздражения при болях и неудачах лечения. Причем у пациентов с первыми приступами заболевания, не имеющих опыта перенесения психотических состояний и совладания с ними, эти реакции усугубляются состоянием растерянности и страха перед заболеванием с тщательной фиксацией всех субъективных неприятных ощущений и сосредоточением на них.

Связанное с реакцией самостигматизации поведение больных шизофренией различается в зависимости от их половой принадлежности и длительности заболевания. У пациентов 2-й группы опасение пренебрежительного отношения к себе окружающих (сенситивный ТОБ) взаимосвязано со снижением уровня притязаний в отношении собственной внешности и авторитета у сверстников (по методике Дембо–Рубинштейн) (соответственно  $r = -0,32$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = -0,31$ ,  $p < 0,05$ ), а у больных 1-й группы – с нарастанием подозрительности и недоверчивости (паранойальный ТОБ), ростом социальной фрустрированности, ухудшением настроения и представления о своей социальной репутации (по Гиссенскому опроснику), а

также с активизацией копинг-стратегий, направленных на самоконтроль и принятие ответственности (по копинг-тесту Лазаруса) (рис. 1).

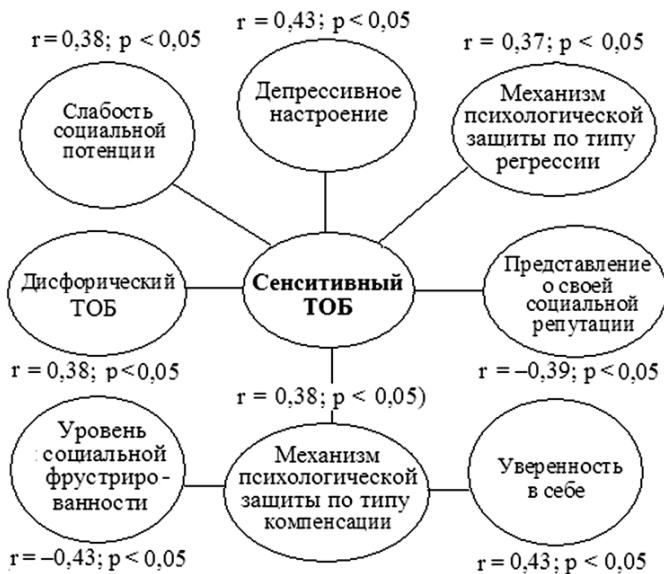
Кроме того, боязнь женщин 1-й группы потерять расположение близких взаимосвязана с действием механизмы психологической защиты по типу проекции и реактивных образований (по методике ИЖС), последний из которых доминирует в структуре защитного поведения женщин независимо от длительности заболевания (79,9 % – у 1-й и 88,3 % – у 3-й группы) и сопровождается ростом подозрительности (по методике ТО-БОЛ) и недовольства в отношении медицинской помощи (по методике УСФ), стремлением в идеале иметь лучшую социальную репутацию (по Гиссенскому опроснику), а также активизацией копинг-стратегий, направленных на поиск социальной поддержки (по копинг-тесту Лазаруса) (см. рис. 1). Т. е. в результате переживания негативного отраженного самоотношения у женщин 1-й группы формируется субъективное представление о своей социальной непривлекательности и невозможности реализации своих актуальных социальных потребностей, а у мужчин снижается уровень мотивационной активности в сфере межличностных контактов.

В отличие от мужчин, сторонящихся лидерства, связанной с ним ответственности и не проявляющих активности в решении проблем, женщины 1-й группы стремятся преодолеть вызванное болезнью состояние фрустрации, прилагая усилия к урегулированию своих чувств, осознанию своей роли в возникновении заболевания и предпринимают попытки для исправления сложившейся ситуации. Реакция самостигматизации сопровождается у них ростом недовольства поведением окружающих, недоверием к ним и стремлением во что бы то ни стало укрепить свою социальную позицию, добиться уважения в обществе. В этих целях женщины 1-й группы прибегают к самооправданию и активной критике окружающей действительности, снимают с себя ответственность за прогрессирование заболевания и перекладывают ее на родственников и врачей, пытаясь найти информационную и действенную поддержку в социальном окружении.



Рис. 1. Взаимосвязи сенситивного ТОБ и компонентов психологической адаптации в 1-й группе женщин

У женщин 3-й группы чрезмерная уязвимость в отношении своего заболевания (сенситивный ТОБ по методике ТОБОЛ) взаимосвязана с повышением агрессивности, ухудшением представления о своей репутации, снижением настроения и социальной потенции (по Гиссенскому опроснику), а также увеличением напряженности механизмов психологической защиты по типу регрессии и компенсации (по методике ИЖС), последний из которых занимает у них одну из доминирующих позиций в структуре защитного поведения (80,9 %) и проявляется снижением уровня социальной фрустрированности и повышением уверенности в себе (по методике Дембо–Рубинштейн) (рис. 2).



*Рис. 2. Взаимосвязи сенситивного ТОБ и компонентов психологической адаптации в 3-й группе женщин*

Т. е. переживание женщинами 3-й группы негативного отношения к себе окружающих сопровождается уже не растерянностью и стремлением укрепить свою социальную позицию, как у женщин 1-й группы, а деструктивными реакциями на эмоциональном, когнитивном и поведенческом уровне с сопутствующим им снижением социальных навыков. Субъективное ощущение пренебрежительного отношения к себе окружающих способствует формированию у женщин 3-й группы чувства собственной неполноценности с завистью и ненавистью к здоровым людям, включая родных и близких, и склонностью винить в своей болезни окружающих. Формирующееся в ответ на эти переживания защитное поведение заключается в уходе женщин от реальности в мир субъективных представлений и фантазий, что создает у них иллюзию преодоления фрустрирующих обстоятельств и повышает чувство самодостаточности.

Наряду со самостигматизацией, еще одной характерной реакцией на болезнь для женщин 1-й группы является «уход в работу» (эргопатический ТОБ). Эргопатия также характерна и для пациентов 2-й группы, однако механизмы ее формирования у женщин и мужчин различны.

У женщин 1-й группы высокие показатели эргопатического ТОБ взаимосвязаны с высокой чувствительностью к своему заболеванию (чувствительный ТОБ) и сопровождаются снижением неудовлетворенности взаимоотношениями с родителями (по методике УСФ), ростом уровня самооценки своего авторитета у сверстников и своих умений (по методике Дембо–Рубинштейн), повышением уровня притязаний в отношении здоровья (по методике Дембо–Рубинштейн), а также планированием решения возникших проблем (по копинг-тесту Лазаруса) и желанием в идеале обладать положительной социальной репутацией (по Гиссенскому опроснику) (рис. 3).

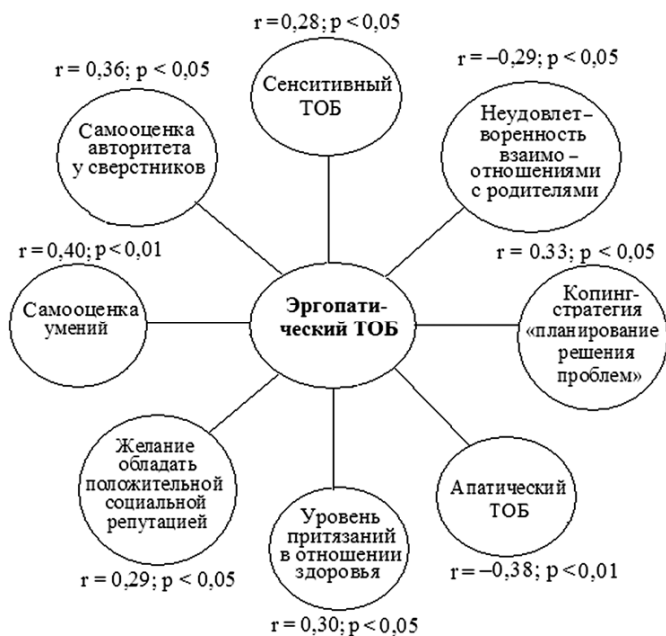


Рис. 3. Взаимосвязи эргопатического ТОБ и компонентов психологической адаптации в 1-й группе женщин

Т. е. стремление женщин 1-й группы как можно быстрее приступить к работе не только способствует улучшению их отношений с родителями, так как предполагает определенную степень социальной активности и финансовой независимости пациентов, но и позволяет, несмотря на тяжесть заболевания, воспринимать себя полноценными членами общества и планировать варианты выхода из сложившейся ситуации.



Следовательно, эргопатический ТОБ, формирующийся у женщин 1-й группы параллельно с сенситивностью, имеет целью не допустить идей самоуничтожения в связи с болезнью и доказать окружающим свою дееспособность.

У мужчин эргопатический ТОБ взаимосвязан с ростом показателей анозогнозии (по методике ТОБОЛ), снижением выраженности механизма психологической защиты по типу регрессии (по методике ИЖС) и копинг-стратегии, направленной на избегание (по копинг-тесту Лазаруса), повышением уровня субъективного контроля, уровня самооценки и притязаний (по методике Дембо–Рубинштейн), а также улучшением настроения и представления о своей социальной репутации (по Гиссенскому опроснику (рис. 4).

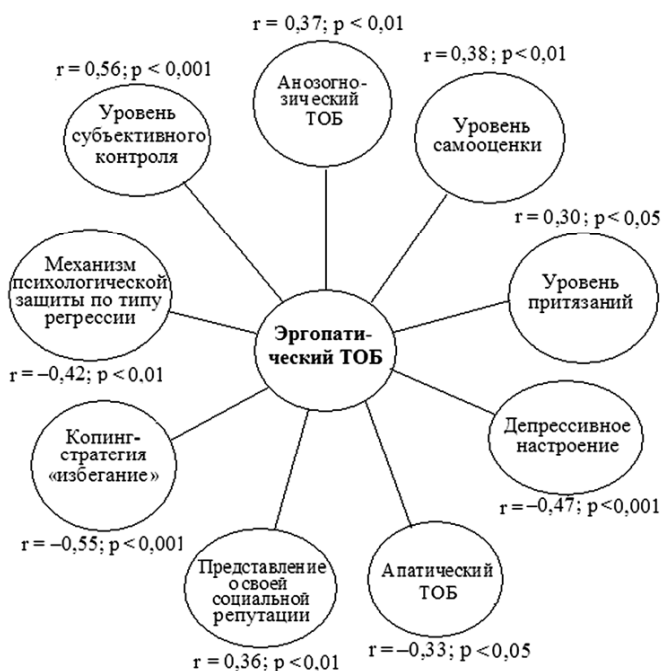


Рис. 4. Взаимосвязи эргопатического ТОБ и компонентов психологической адаптации во 2-й группе мужчин

Полагаем, что стремление мужчин продолжить трудовую деятельность связано не с сенситивностью из-за своего заболевания, как у жен-

щин, а с некритичностью по отношению к нему. Видя перед собой цель в виде денежного заработка, они отбрасывают мысли о болезни, возможных ее последствиях и проявляют активность в виде поиска работы, что способствует выравниванию аффективного фона и улучшению представлений о себе и своей социальной репутации.

Кроме того, и у женщин, и у мужчин с первыми приступами шизофрении «уход в работу» сопровождается снижением безразличия к себе и своей судьбе (по методике ТОБОЛ) (см. рис. 3, 4), что способствует повышению активности и расширению сферы интересов больных. Т. е. высоко представленный в структуре ВКБ пациентов 1-й и 2-й групп эргопатический ТОБ, в отличие от сенситивного, играет стабилизирующую роль в процессе психологической адаптации к заболеванию, способствуя поиску путей выхода из сложившейся ситуации, выравнивая настроение пациентов и улучшая их отношение к себе и своему ближайшему окружению.

Выявленные у пациентов 1-й и 2-й групп высокие показатели некритичности к своему состоянию (по методике ТОБОЛ) взаимосвязаны с ростом уровня субъективного контроля (соответственно  $r = 0,51$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = 0,43$ ,  $p < 0,01$ ), уровня самооценки и уровня притязаний (по методике Дембо–Рубинштейн) (соответственно  $r = 0,33$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,42$ ,  $p < 0,01$  и  $r = 0,32$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,29$ ,  $p < 0,05$ ), а также улучшением настроения (по Гиссенскому опроснику) (соответственно  $r = -0,39$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = -0,31$ ,  $p < 0,05$ ) и снижением уровня социальной фрустрированности (соответственно  $r = -0,33$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = -0,32$ ,  $p < 0,05$ ). Кроме того, у пациентов 1-й и 2-й групп анозогнозия сопряжена со снижением показателей таких характеристик, как тревожность (по методике ТОБОЛ) (соответственно  $r = -0,56$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,49$ ,  $p < 0,001$ ), подавленность (соответственно  $r = -0,38$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = -0,51$ ,  $p < 0,001$ ), апатичность (соответственно  $r = -0,29$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = -0,40$ ,  $p < 0,01$ ), ипохондричность (соответственно  $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ ;  $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ ) и агрессивность (соответственно  $r = -0,38$ ,  $p < 0,01$ ;  $r = -0,48$ ,  $p < 0,001$ ).

При этом отказ от мысли о болезни в 1-й группе сопровождается снижением выраженности механизма психической защиты по типу регрессии (по методике ИЖС) ( $r = -0,43$ ;  $p < 0,01$ ), а во 2-й – увеличением напряженности механизма психической защиты по типу отрицания (по методике ИЖС) ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ), который, наряду с интеллектуализацией (69,3 %), доминирует в структуре защитного поведения пациентов (66,3 %) и проявляется ростом уровня субъективного контроля ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,01$ ) и уровня самооценки (по методике Дембо–Рубинштейн) ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,05$ ), сниже-



им уверенности в себе, и они начинают проявлять активность в различных сферах жизнедеятельности, получая удовольствие от жизни. При этом отсутствие переживаний по поводу трудностей предстоящего лечения обуславливает выравнивание аффективного фона пациентов и ослабление агрессивных тенденций по отношению к окружающим.

Кроме того, у женщин 1-й группы анозогнозия сопровождается повышением эмоционально-волевого контроля, а у мужчин 2-й группы – повышением уровня социальной активности, связанного с отрицанием своей безынициативности и неуверенности.

В целом, структура ВКБ и совладающего поведения у женщин 1-й группы отличается от таковых во 2-й и 3-й группах.

Пациенты 1-й группы, в отличие от пациентов 2-й группы, склонны к оптимистичной оценке перспектив своего лечения (меланхолический ТОБ) (табл. 2). При этом для них характерно поведение по типу «раздражительной слабости» (неврастенический ТОБ), связанное с действием механизма психической защиты по типу регрессии (по методике ИЖС) ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ) и сопровождающееся ростом уровня социальной фрустрированности ( $r = 0,35$ ;  $p < 0,05$ ) и ухудшением представления о своей привлекательности для окружающих (по Гиссенскому опроснику) ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,01$ ).

*Таблица 2*

*Значимые различия в структуре ВКБ*

Типы отношения к болезни	Группа			p <
	1-я	2-я	3-я	
Меланхолический	5,3 ± 1,1	8,7±1,3	11,1 ± 2,1	1/2 – 0,05 1/3 – 0,05
Неврастенический	9,4 ± 1,0	6,5±0,9	11,6 ± 1,6	1/2 – 0,05
Ипохондрический	8,2 ± 0,9	8,5 ± 1,0	14,7 ± 1,8	1/3 – 0,01
Эгоцентрический	8,9 ± 0,7	7,4 ± 0,9	13,8 ± 1,2	1/3 – 0,01
Апатический	3,7 ± 0,7	6,0 ± 1,0	7,8 ± 1,5	1/3 – 0,05
Гармоничный	15,1 ± 2,4	11,2 ± 2,6	4,7 ± 2,3	1/3 – 0,01

По сравнению с пациентами 2-й группы, пациенты 1-й группы в большей степени склонны верить в успех своего лечения. В связи с этим они проявляют большую активность в реабилитационных мероприятиях и строят планы на будущее. Несмотря на это, они менее терпеливы к болям и неприятным ощущениям, для них характерны вспышки раздражения, что связано с более низким, по сравнению с мужчинами, уровнем эмоционально-волевого контроля и способствует ухудшению их отношений с окру-

жающими, так как раздражение часто изливается на родственников и медицинский персонал.

В отличие от женщин 3-й группы, женщины 1-й группы в меньшей степени фиксированы на субъективных болезненных ощущениях (ипохондрический ТООБ), менее заинтересованы поиском личных выгод в связи с болезнью (эгоцентрический ТООБ), более активны (апатический ТООБ) и оптимистичны в оценке перспектив лечения (меланхолический ТООБ) (см. табл. 2).

Это подтверждается более высоким в 1-й группе показателем гармоничного ТООБ, взаимосвязанного с ростом уровня притязаний в отношении здоровья и авторитета у сверстников (по методике Дембо–Рубинштейн) (соответственно  $r = 0,35$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,43$ ,  $p < 0,01$ ), улучшением настроения (по Гиссенскому опроснику) ( $r = -0,30$ ;  $p < 0,05$ ), а также активизацией копинг-стратегий, направленных на принятие ответственности и планирование решения проблем (по копинг-тесту Лазаруса) (соответственно  $r = 0,33$ ,  $p < 0,05$ ;  $r = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ). Сочетая в себе ТООБ, для которых характерна как интрапсихическая, так и интерпсихическая направленность личностного реагирования, структура ВКБ женщин 3-й группы отражает нарастающую с увеличением длительности заболевания социально-психологическую дезадаптацию пациентов.

В отличие от женщин 1-й группы, женщины 3-й группы не скрывают свои болезненные переживания, постоянно жалуются врачам на различные неприятные ощущения в связи с побочными действиями лекарств и диагностических процедур. Более того, с целью вызвать сочувствие и завладеть вниманием окружающих, они склонны манипулировать людьми, выставляя напоказ свои страдания. При этом желание лечиться и требования тщательного обследования противоречиво сочетаются у женщин 3-й группы с неверием в возможное улучшение и безразличием к себе, своей судьбе и исходу болезни, что, возможно, отражает дезинтеграцию эмоционально-волевой и потребностно-мотивационной сфер больных.

По сравнению с женщинами 3-й группы, женщины 1-й группы адекватнее оценивают свое состояние и в большей степени стремятся содействовать успеху лечения. Предпринимаемые ими попытки объективно взглянуть на причины манифестации своего заболевания приводят к осознанию личной причастности ко всему происходящему и способствуют фокусировке на решении проблем, формированию установки на укрепление своего здоровья и сведению к минимуму негативных последствий заболева-

ния: снижения собственной социальной репутации, ухудшения эмоционального состояния и собственного представления о себе.

В отличие от мужчин 2-й группы, в структуре совладающего поведения которых доминирует принятие ответственности (по копинг-тесту Лазаруса) (65,8 %), связанное с ухудшением настроения (по Гиссенскому опроснику) ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,05$ ), женщины 1-й группы в большей степени склонны к поиску положительных сторон в существующих проблемах (по копинг-тесту Лазаруса) ( $t = 2,82$ ;  $p < 0,01$ ), что позволяет им считать себя во многом ответственными за свои межличностные отношения (по методике УСК) ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ) и улучшает их субъективное представление о своей социальной репутации (по Гиссенскому опроснику) ( $r = 0,36$ ;  $p < 0,01$ ). Доминирующей копинг-стратегией у них является поиск социальной поддержки (68,6 %), сопровождающийся повышением настороженности к разговорам о себе (по методике ТОБОЛ) ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ) и усилением доминантности в межличностных отношениях (по Гиссенскому опроснику) ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,05$ ). При этом у женщин 3-й группы доминирует копинг-стратегия планирования решения проблем (73,5 %), сопровождающаяся снижением безразличия к своей судьбе, исходу болезни и результатам лечения (по методике ТОБОЛ) ( $r = -0,37$ ;  $p < 0,05$ ).

В отличие от мужчин, обвиняющих себя за возникновение заболевания, и женщин 3-й группы, проявляющих непродуктивную активность в попытках совладания с мнимыми последствиями заболевания, женщины 1-й группы обращаются за помощью к авторитетным людям, пытаясь получить полезный совет и рекомендации к дальнейшим действиям. При этом, в отличие от мужчин, женщины с первыми приступами шизофрении склонны придавать положительное значение случившимся с ними событиям, что позволяет им сохранять уверенность в себе и активно взаимодействовать с окружающими.

### ***Заключение***

Таким образом, результаты данного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1) реакцией на манифестацию заболевания у женщин с первыми приступами шизофрении, как и у мужчин, являются растерянность и страх, что выражается в сенситивности и приводит к формированию самостигматизации;

2) психологическая адаптация к болезни у женщин с первыми приступами шизофрении характеризуется их большей критичностью и готов-

ностью к реабилитационным мероприятиям, в отличие от мужчин. При этом у женщин отмечаются недостаточно продуктивные попытки урегулирования своих чувств и отношений в связи с заболеванием посредством «ухода в работу», игнорирование мыслей о возможных его последствиях, а также стремление во что бы то ни стало добиться уважения, признания и поддержки в обществе. Для мужчин с первыми приступами шизофрении характерно пассивное приспособление к снижению качества жизни из-за болезни, а для женщин с длительным течением заболевания – уход от реальности в мир субъективных представлений и фантазий;

3) чрезмерная ранимость, уязвимость и озабоченность женщин с первыми приступами шизофрении в отношении своего заболевания, имеющая отчетливую тенденцию к росту с увеличением его длительности, отражает неконструктивность защитно-совладающего поведения больных и обуславливает негативный прогноз, предполагающий раннюю социальную дезадаптацию;

4) при составлении программ психотерапии для женщин с первыми приступами шизофрении необходимо учитывать их противоречивые переживания, выражающиеся в сочетании неприятия имеющегося у них психического расстройства и самостигматизации, что негативно сказывается на представлении больных о себе, своих возможностях, эмоциональном состоянии и качестве личностно-средового взаимодействия.

### *Литература*

1. *Аристова Т.А.* Изучение особенностей полоролевой идентичности и механизмов психологической защиты у больных шизофренией / Т.А. Аристова // Психология и культура : материалы третьего всерос. съезда психологов. – СПб., 2003. – С. 154–158.

2. *Вассерман Л.И.* Психологическая диагностика отношения к болезни : метод. пособие / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 33 с.

3. *Вид В.Д.* Психотерапия шизофрении / В.Д. Вид. – СПб. [и др.] : Питер, 2008. – С. 9–14.

4. Гиссенский личностный опросник (использование в психодиагностике для решения дифференциально-диагностических и психотерапевтических задач) : метод. пособие / Е.А. Голынкина, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская [и др.]. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1993. – 18 с.

5. *Головей Л.А.* Практикум по возрастной психологии : учеб. пособие / Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. – СПб. : Речь, 2008. – 688 с.

6. *Иржевская В.П.* Связь нарушения осознания психической болезни и характеристик эмоционально-волевой сферы у пациентов с шизофренией / В.П. Иржевская, А.Ш. Тхостов, М.А. Морозова // Учен. зап. ун-та им. П.Ф. Лесгафта. – 2009. – № 1 (47). – С. 47–52.

7. *Исаева Е.Р.* Исследование копинг-поведения и его влияния на успешность социальной адаптации больных шизофренией / Е.Р. Исаева // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. ; Иваново, 2000. – С. 45–48.

8. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении): метод. рекомендации / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Е.Б. Лобов [и др.]. – М., 2007. – 23 с.

9. Клиническая психология : учеб. для вузов / под ред. Б.Д. Карварского. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2010. – 861 с.

10. *Крюкова Т.Л.* Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтык // Психол. диагностика. – 2005. – № 3. – С. 57–76.

11. *Митрофанова О.И.* Качество жизни больных шизофренией в разных группах населения (клинико-социальный и гендерный аспекты) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / О.И. Митрофанова. – М., 2008. – 24 с.

12. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман, О.Ф. Ерышев, Е.Б. Клубова [и др.]. – СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. – 48 с.

13. *Райгородский Д.Я.* Практическая психодиагностика: методики и тесты : учеб. пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара : Бахрах-М, 2001. – 672 с.

14. *Ряполова Т.Л.* Особенности копинг-поведения больных с манифестным эпизодом шизофрении / Т.Л. Ряполова // Мед. психология. – 2011. – № 2. – С. 39–44.

15. *Ханько А.В.* Внутренняя картина болезни пациентов с шизофренией и туберкулезом легких / А.В. Ханько, Т.Н. Кондюхова // Ананьевские чтения – 2008 : сб. материалов науч.-практ. конф. – СПб. : СПбГУ, 2008. – С. 341–343.

16. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова [и др.]. – СПб. : Гиппократ+, 2004. – 336 с.

17. *Шкуренко Д.А.* Общая и медицинская психология / Д.А. Шкуренко. – М. : Феникс, 2002. – 352 с.



18. *Bellack A.S.* An Analysis of Social Competence in Schizophrenia / A.S. Bellack, R.L. Morrison, G.T. Wixted // *Brit. J. Psychiatry.* – 1990. – N 156. – P. 809–818.

19. *Piirtola O.* An evaluative description of changes in comprehensive psychiatric treatment system / O. Piirtola // *Psychiatria Fennica.* – 1996. – Vol. 27. – P. 100–113.

20. *Rubino I.A.* Perceptual defenses and self-rated personality disorders: a multivariate analysis / I.A. Rubino, V. Zanna, B. Fedeli // *Percept. Mot. Skills.* – 1998. – Vol. 86. – P. 1203–1209.

21. *Wiedl K.H.* Coping with symptoms related to schizophrenia / K.H. Wiedl, B. Schottner // *Schizophr. Bull.* – 1991. – Vol. 17, N 3.

УДК 159.9 : 616.31.006.04

*Г.А. Ткаченко*

## **КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, Москва

### *Введение*

Совершенствование методов диагностики и лечения онкологических больных позволяет значительно продлить жизнь пациентам. Однако в последнее время все более остро встает вопрос о заметном влиянии последствий операции на качество жизни (КЖ) этих больных. У большинства пациентов лечение онкологического заболевания приводит к изменению привычного образа жизни [9]. При этом отмечается, что пациент не всегда может рассчитывать на исцеление и перспектива вернуться к активной жизни в социальном и экономическом отношении для него более важна, чем наличие хронического заболевания, дефекта или изъяна [1, 12].

Под КЖ обычно понимается система жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, структуру потребностей и условий развития человека и общества, удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой. КЖ – это уровень удовлетворенности от реализации потребностей [3].

По определению А.А. Новика и Т.И. Ионовой, КЖ больного – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанная на его субъективном восприятии [4].

Изучение КЖ необходимо как с учетом благополучия человека при наличии у него какой-либо патологии, так и с точки зрения эффективности его лечения. Параметры КЖ могут быть достаточно точными показателями эффективности лечения или реабилитации пациентов. Общеизвестно, что оперативное вмешательство, часто являющееся обязательным компонентом в лечении злокачественных новообразований, приводит к выраженным функциональным нарушениям и эстетическим дефектам, что вызывает расстройство эмоциональной сферы, ухудшает качество жизни [7, 11].

Во многих случаях не само онкологическое заболевание оказывает инвалидизирующее действие, а именно последствия хирургического лечения ведут к возникновению стойкой психосоциальной дезадаптации, которая по своему характеру превосходит и заметно отличается от инвалидизации при многих других заболеваниях [6, 10].

Многочисленные научные исследования показывают, что дефекты внешности, не имеющие существенного функционального значения с точки зрения медицины, могут значительно влиять на эмоциональное состояние, нарушая взаимодействие с микро- и макросоциумом, влияя на самооценку и уровень притязаний человека. Это, в конечном итоге, способно вызвать разной степени выраженности деформацию личности, затрудняющую социальное функционирование, выполнение социальных ролей человека, оказать влияние на веру в успех терапии, что является особенно важным в онкологии [2, 8].

Если после хирургического лечения психическое состояние больного мешает адаптации к новым условиям функционирования и жизнедеятельности организма, ухудшает качество его жизни, влияя на физическое и материальное благополучие, на взаимоотношения с другими людьми (по службе, с родственниками, детьми), на социальную активность, личностный (карьерный) рост, отдых – у пациентов сохраняется состояние хронического эмоционального стресса. Данный фактор может явиться причиной возникновения психических расстройств по типу обозначаемых в Международной классификации болезней и расстройств поведения (МКБ-10) как расстройства адаптации (F.43).

В связи с этим представляется актуальным изучение КЖ больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой об-

ласти, хирургическое лечение которых приводит к функциональным и эстетическим дефектам.

### *Материал и методы*

Изучены сведения о 52 больных, в возрасте от 21 до 53 лет, оперированных в Российском онкологическом научном центре Н.Н. Блохина РАМН в 2009–2011 гг. по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. Социально-демографические характеристики представлены в таблице.

*Социально-демографические характеристики больных, n (%)*

Образование		Профессиональный статус		Семейное положение	
высшее	среднее	работает	не работает	состоит в браке	не состоит в браке
40 (76,9)	12 (23,1)	42 (80,8)	10 (19,2)	44 (84,6)	8 (15,4)

Обследование проводилось дважды: при поступлении (до операции) и на 5–7 день после операции (после улучшения общего физического состояния). Использовались методы структурированного интервью, позволяющие собрать первичную информацию о больном и экспериментально-психологические методы: ММРІ (сокращенный вариант) [5], модифицированная шкала самооценки Дембо–Рубинштейна [5].

Опросник ММРІ (сокращенный вариант) содержит 71 вопрос, которые объединены в 11 шкал. Первые 3 шкалы оценочные (контрольные): шкала лжи (L), достоверности (F), коррекции (K) измеряют искренность испытуемого, степень достоверности результатов тестирования и величину коррекции, вносимую чрезмерной осторожностью. Остальные 8 шкал являются базисными и оценивают свойства и состояния личности: ипохондрия (Hs), депрессия (D), истерия (Hy), психопатия (Pd), паранойяльность (Pa), психастения (Pt), шизоидность (Sc), гипомания (Ma). После обработки полученных данных по всем оценочным и клиническим шкалам результатов и перевода этих показателей в стандартизованные Т-баллы вычерчивается профиль, указывающий на структуру личностных особенностей, выраженности различных состояний у испытуемого. Средние значения по нормативной группе соответствует 50 Т-баллам [6].

Шкала самооценки Дембо–Рубинштейна основана на непосредственном оценивании (шкалировании) ряда личностных качеств, таких как

«здоровье», «ум», «характер», «счастье» и др., которые определяются целями и задачами исследования.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета статистических программ. Сравнительный анализ проводился при помощи t-критерия Стьюдента. Достоверность различий показателей устанавливалась при  $p < 0,05$ .

### *Результаты и их анализ*

Анализ историй болезни показал, что у всех больных при поступлении диагноз был верифицирован, им планировалось хирургическое лечение различного объема.

В предоперационном периоде у всех больных отмечался максимальный подъем по двум шкалам: Д (депрессия), Pt (психастения). Одновременное повышение этих шкал и анализ состояния больных (жалобы на тревогу, беспокойство, напряженность, страх безнадежности своего заболевания) дали основание говорить, что у больных отмечалось тревожно-депрессивное состояние, которое можно рассматривать как реакцию на стресс, связанный с постановкой онкологического диагноза и страхом перед предстоящей операцией, ведущей к эстетическим дефектам.

Встречались больные, которые не способны были критически оценить последствия отказа от лечения онкологического заболевания, высказывая мысли об отказе от хирургического вмешательства в связи с возможными дефектами внешнего вида.

В послеоперационном периоде были выявлены изменения со стороны эмоциональной сферы больных.

Если на этапе поступления у всех больных наиболее выраженный подъем отмечался по шкалам Д (депрессия), Pt (психастения), то в послеоперационном периоде у пациентов выявлено тотальное повышение большинства шкал.

Сочетание определенных черт позволило выделить несколько типов эмоциональных нарушений, которые встречались у больных: тревожно-депрессивный (40,4 %), обсессивно-фобический (23,1 %) и эмоционально-лабильный (17,3 %).

Тревожно-депрессивное состояние больных характеризовалось высоким уровнем тревоги с одновременным чувством внутреннего напряжения и беспокойства, тоской и плаксивостью, неуверенностью в излечении. Больные жаловались на нарушение сна, аппетита, у них отмечалась быст-

рая физическая и интеллектуальная истощаемость, отсутствие эффекта от соматической терапии.

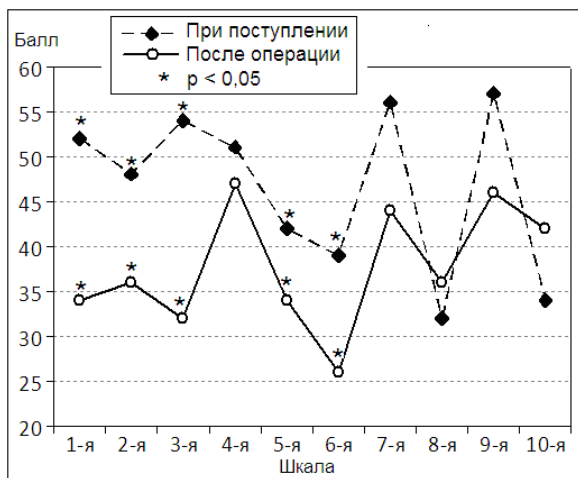
При обсессивно-фобическом состоянии доминировали аффекты тревоги и страха. Тревожные мысли, имеющие навязчивый характер, сосредоточивались не столько на состоянии здоровья, сколько отмечался страх перед физическим дефектом – последствиями операции – и возможными осложнениями во взаимоотношениях с окружающими. Некоторые больные не разрешали родственникам ухаживать за ними, предпочитая, чтобы это делали медицинские сестры.

Эмоционально-лабильное состояние пациентов проявлялось неустойчивым настроением, повышенной эмоциональной возбудимостью, особенно при возникновении фрустрирующих ситуаций, обидчивостью, конфликтностью по отношению к ближайшему окружению.

Полученные результаты выявили отличительные особенности эмоционального реагирования больных, перенесших хирургическое лечение по поводу злокачественных новообразований челюстно-лицевой области. Выявленные особенности, по всей видимости, связаны с функциональными и эстетическими нарушениями в результате последствий операции и их субъективной значимости для человека, поскольку на предоперационном этапе достоверных различий в эмоциональной сфере больных не обнаруживались.

Оценка КЖ после перенесенной операции осуществлялась с помощью методики Дембо–Рубинштейн. По ее результатам до операции все больные оценивают свое здоровье, счастье, радость, возможность для отдыха и развлечений на шкале ниже средних значений, а внешний вид, удовлетворенность межличностными отношениями, материальное положение, активность, удовлетворенность профессией, общительность примерно одинаково, на середине шкалы.

В послеоперационном периоде у больных снижаются показатели всех шкал, причем достоверное снижение отмечено прежде всего по шкалам, отражающим социальное функционирование человека: общительность, межличностные отношения, настроение ( $p < 0,05$ ). Динамика этих показателей отражена на рисунке.



*Показатели шкал методики Дембо–Рубинштейн*

Шкалы теста: 1-я – общительность, 2-я – здоровье, 3-я – внешний вид, 4-я – материальное положение, 5-я – межличностные отношения, 6-я – радость, 7-я – активность, 8-я – счастье, 9-я – удовлетворенность профессией, 10-я – возможности для отдыха и развлечений

### **Заключение**

Таким образом, проведенное клинико-психологическое исследование показало, что хирургическое лечение злокачественных новообразований челюстно-лицевой локализации оказывает существенное влияние на эмоциональное состояние, вызывая своеобразные, клинически оформленные типы эмоционального реагирования. Клиническая форма зависит от выраженности функционального и эстетического дефектов в результате этого лечения. Выявленные эмоциональные нарушения снижают качество жизни больных.

Полученные данные могут быть использованы специалистами-психологами при разработке программ психологической коррекции и лечебными врачами для повышения эффективности реабилитационных мероприятий онкологических больных с целью улучшения качества жизни этой категории больных.

### **Литература**

1. Арутюнов А.С. Исследование качества жизни больных с челюстно-лицевыми дефектами после ортопедической стоматологической реби-

литации / А.С. Арутюнов, А.А. Макаревич // Сб. тр. XXXI итог. конф. молодых ученых МГМСУ. – М. : МГМСУ, 2009. – С. 23–24.

2. Задачи организации объективной психодиагностики в соматической клинике / Ю.Б. Пиковский, Ю.И. Климашин, К.Н. Руденко, А.Ю. Климашин // Материалы 5 всерос. науч.-практ. конф. по психотерапии и клинич. психологии. – М., 2002. – С. 113.

3. *Евдокимов В.И.* Методологические аспекты объективной оценки качества жизни населения России / В.И. Евдокимов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 1. – С. 23–32.

4. *Новик А.А.* Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб. : Нева ; М. : Олма-Пресс, 2002. – 320с.

5. *Райгородский Д.Я.* Практическая психодиагностика / Д.Я. Райгородский. – Самара : Бахрах, 2000. – 672 с.

6. *Седракян А.Н.* Современные принципы реабилитации больных, перенесших резекцию альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти по поводу новообразований / А.Н. Седракян, И.Н. Пустынский, В.Л. Любаев // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2003. – № 2. – С. 58–59.

7. *Ткаченко Г.А.* Динамика личностных особенностей женщин в кризисной ситуации : автореф. дис. ... канд. психол. наук / Ткаченко Г.А. – М., 2008. – 25 с.

8. *Ткаченко Г.А.* Качество жизни больных раком молочной железы после первичных реконструктивно-пластических операций / Г.А. Ткаченко, В.А. Яковлев, Х.С. Арсланов // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2007. – № 3. – С. 14–17.

9. *Ткаченко Г.А.* Психологическая помощь онкологическим больным с использованием арт-терапии / Г.А. Ткаченко // Вестн. психотерапии. – 2010. – № 33 (38). – С. 65–69.

10. Психические расстройства при злокачественных новообразованиях челюстно-лицевой области и гортани / Е.В. Черепкова, Б.С. Владимиров, В.С. Бурнашов, Д.Р. Мусинов // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – № 5 (102). – С. 58–59.

11. *Banta H.D.* Quality of life assessment of patient in extremity sarcoma clinical trials / H.D. Banta // Surgery. – 1993. – N 4. – P. 13–23.

12. *Naughton M.J.* Cardiovascular Disorders. Chapter 91 / M.J. Naughton, C.D. Furberg // Quality of life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. – 2<sup>nd</sup> ed. – Philadelphia, 1993. – P. 883–890.

## **СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ У ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ ИНТЕРНЕТОМ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ОНЛАЙН-ИГРОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;  
Международный институт резервных возможностей человека;  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург;  
Психотерапевтический кабинет г. Паланга, Литва

### ***Введение***

В настоящее время на роль одной из социально опасных аддиктивных форм поведения все настойчивее претендует игровая компьютерная зависимость, которая обуславливает развитие психопатологических изменений личности и ведет к нарушениям социальных норм поведения, правонарушениям, самоубийствам [1, 5, 7, 10]. Нарушение социально-психологических установок личности при игровой зависимости приводит к разрушению социального поведения, межличностным и внутрличностным конфликтам, вовлечению человека в асоциальное и преступное поведение [4, 6].

Развитие и растущая доступность Интернета привели к созданию принципиально нового направления в развитии компьютерных игр – онлайн-игр, которые характеризуются всеми преимуществами ролевых игр:

- командной игрой в реальном масштабе времени;
- широким использованием анимации, специальных эффектов и разнообразием сюжетов с превосходным графическим и звуковым оформлением;
- анонимностью;
- возможностью использования любого имиджа;
- быстрым и устойчивым вовлечением игроков в игровую онлайн-аддикцию.

По мнению А.А. Денисова [3], онлайн-игры как наиболее быстро развивающееся направление Интернета привлекают пользователей не только красивой компьютерной графикой, но и мощным психологическим фактором – возможностью игры по сети с реальными людьми, и предполагают



широкие возможности в реализации самых разных потребностей человека. При этом реализация фрустрированных потребностей в условиях онлайн-игр не блокируется социальными ограничениями, а регулируется только ценностно-смысловым уровнем личности.

Психологические и клиничко-психологические исследования участников ролевых онлайн-игр проводятся в основном за рубежом (The Daedalus Project the psychology of MMORPGs). Однако систематизированных исследований социально-демографических и психологических особенностей личности респондентов с различным уровнем онлайн-зависимости как факторов ее формирования нами не обнаружено ни в зарубежной, ни в отечественной литературе. Эта ситуация определила цель нашего исследования – выявить ведущие социально-психологические симптомокомплексы онлайн-игроков с различным уровнем зависимости.

### ***Материалы и методы***

В интересах достижения поставленной цели проведено онлайн-анкетирование 256 человек – пользователей системы Интернет. В основу опросной анкеты «Тест на определение игровой онлайн-зависимости» положена анкета для тестирования Интернет-зависимости, разработанная К. Янг в 1996 г. и адаптированная В.А. Буровой, в которую включен 21 вопрос [2]. Отвечать на предложенные вопросы предлагались в следующих вариантах:

- никогда или крайне редко – 1 балл;
- иногда – 2 балла;
- регулярно – 3 балла;
- часто – 4 балла;
- всегда – 5 баллов.

Минимальная сумма оказалась равной 21 баллу, максимальная – 97 баллам. Для оценки уровня выраженности зависимости от онлайн-игры нами предложена шкала, основанная на медианном и квартильном делении вариационного ряда. Медиана оказалась равной 38 баллам, нижний квартиль – 31 балл, верхний квартиль – 49 баллов. Характеристика выделенных групп респондентов представлена в табл. 1. На основе шкалы оценок сформированы четыре матрицы исходных данных.

В качестве математико-статистического инструмента достижения цели избран факторный анализ, основной задачей которого является сведение обширного числа исходных признаков к нескольким независимым ба-

зовым гипотетическим переменным (факторам), манифестирующим скрытую, неявную структуру изучаемого явления [8, 9].

Таблица 1

*Характеристика групп респондентов*

Группа	Количество респондентов, n (%)	Характеристика зависимости	Сумма баллов
1-я	66 (25,8)	Отсутствие	Менее 31
2-я	57 (22,3)	Слабая	31–38
3-я	64 (25,0)	Умеренная	39–49
4-я	69 (26,9)	Выраженная	50 и более

**Результаты и их анализ**

Распределение вариантов ответов у пользователей онлайн-игр в группах с различным уровнем зависимости приведено в табл. 2.

Таблица 2

*Частота ответов (А – регулярно, Б – часто или всегда) в анкете «Тест на определение игровой онлайн-зависимости»*

	Содержание вопроса	Группа							
		1-я		2-я		3-я		4-я	
		А	Б	А	Б	А	Б	А	Б
1	Внимание к тому, что за онлайн-играми проводится больше времени, чем планировалось	2,4	-	7,9	4,0	17,6	31,9	17,5	61,3
2	Пренебрежение домашними делами ради онлайн-игры	-	1,2	13,2	7,9	25,3	29,7	15,0	71,2
3	Предпочтение онлайн-игры интимному общению с партнером	-	-	-	1,3	4,4	3,3	5,0	12,5
4	Знакомства с другими игроками онлайн-игр	10,7	4,8	27,6	13,2	16,5	23,1	15,0	35,0
5	Снижение успехов в учебе или работе из-за того, что слишком много времени проводится за онлайн-играми	1,2	2,4	2,6	2,6	8,8	13,2	16,2	43,8
6	Приоритетность онлайн-игры перед более необходимыми делами	2,4	1,2	7,9	6,6	25,3	14,3	16,3	63,7
7	Снижение производительности труда из-за увлечения онлайн-играми	1,2	-	5,3	-	13,2	6,6	12,5	43,7
8	Оборонительная позиция при намеке, что слишком много времени проводится за онлайн-игрой	2,4	-	14,5	1,3	18,7	21,9	17,5	48,8

Содержание вопроса		Группа							
		1-я		2-я		3-я		4-я	
		А	Б	А	Б	А	Б	А	Б
9	Уход от беспокойств реальной жизни в мысли о фантастических возможностях персонажа в онлайн-игре	–	–	–	–	7,7	3,3	10,0	27,5
10	Предвкушение повтора онлайн-игры	5,9	–	10,5	2,6	20,9	9,7	12,5	51,3
11	Пустота, безрадостность и скука в жизни без онлайн-игры	–	–	1,3	3,9	5,5	5,5	13,8	30,0
12	Выражение негативного поведения, если кто-то пытается отвлечь от онлайн-игры (крик, ругань, досада)	3,6	–	6,6	1,3	8,8	7,6	13,7	37,5
13	Пренебрежение сном из-за увлеченности онлайн-игрой	3,6	1,2	15,8	–	22,0	13,2	6,3	42,5
14	Предвкушение встречи с другими игроками онлайн-игр или фантазии об игровом процессе	1,2		7,9	–	8,8	4,3	12,5	30,0
15	Обсуждение с другими людьми подробностей онлайн-игры (персонажей, квестов и т. д.)	5,9	3,6	21,0	4,0	19,8	19,8	15,0	37,5
16	Попытка продления времени онлайн-игры	3,6	1,2	15,8	3,9	13,2	15,4	13,7	46,3
17	Внимание к тому, что не удастся сократить время, проводимое за онлайн-игрой	1,2	–	9,2	2,6	19,8	7,6	11,2	55,0
18	Попытка скрыть количество времени, проводимое за онлайн-игрой	–	–	3,9	–	8,8	5,5	12,5	28,7
19	Предпочтение провести время за онлайн-игрой с виртуальными «друзьями» (соратниками по клану) вместо того, чтобы выбраться куда-либо с настоящими друзьями	–	1,2	6,6	5,3	8,8	9,8	11,2	28,8
20	Депрессия, подавленность или нервозность при отсутствии возможности зайти в онлайн-игру и снятие этого состояния с началом игры онлайн	1,2	–	18,4	–	3,3	3,3	10,0	28,8
21	Мысли о наличии проблем с онлайн-играми, о невозможности самостоятельно перестать играть в онлайн-игры	–	–	4,0	1,3	12,0	–	7,5	33,7

В результате факторного анализа четырех матриц наблюдений были выделены по 3 фактора, характеризующие каждый из четырех уровней онлайн-игровой зависимости. Общая структура факторов представлена на рисунке.



*Вклад в общую дисперсию факторов социально-психологических характеристик онлайн-игроков*

В формировании факторов для 1-й группы респондентов участвовали 11 наиболее информативных признаков из 21 проанализированных. Суммарная дисперсия, обусловленная выделенными факторами, характеризующая полноту и достоверность их общности, составила 29 %. I фактор распределил свою нагрузку на следующие сильно взаимоскоррелирующие показатели анкеты: попытки скрыть количество времени, проводимое за онлайн-игрой (0,6), внимание к тому, что не удастся сократить время за онлайн-игрой (0,6), мысли о наличии проблем с онлайн-играми, о невозможности самостоятельно перестать играть в онлайн-игры (0,6), приоритетность онлайн-игры перед более необходимыми делами (0,5), попытка продления времени онлайн-игры (0,5). Вклад этого фактора в общую дисперсию исходных признаков был максимален и составил 11,5 %. Исходя из содержательного анализа входящих в него переменных, он определен как фактор «бесконтрольности игрового времени».

II фактор распределил свою нагрузку на такие признаки, как предвкушение встречи с другими игроками онлайн-игр или фантазии об игровом процессе (0,7), предвкушение повтора онлайн-игры (0,6), знакомства с другими игроками онлайн-игры (0,6). Вклад этого фактора в общую дисперсию исходных признаков оказался на 2-м месте и составил 9,7 %, а сам фактор определен как «предвкушение онлайн-игры».

III фактор распределил нагрузку на такие признаки, как пренебрежение домашними делами ради игры (0,7), пренебрежение сном из-за увлеченности онлайн-игрой (0,5), снижение успехов в учебе или работе из-за того, что слишком много времени проводится за онлайн-играми (0,5). Вклад фактора в общую дисперсию составил 7,8 %. Обозначен фактор как «подмена ценностей».

Во 2-й группе респондентов пространство исходных признаков сужено также до 3 фундаментальных факторов. Вклад этих факторов в общую дисперсию составил 30,4 %. В I фактор оказались объединенными четыре признака: знакомство с другими онлайн-игроками (0,8), обсуждение с другими людьми подробностей онлайн-игры (0,7), предвкушение встречи с другими игроками онлайн-игры или фантазии об игровом процессе (0,6), уход от беспокойств реальной жизни в мысли о фантастических возможностях персонажа в онлайн-игре (0,5). Исходя из смысла признаков, этот фактор нами определен как «начало погружения в онлайн-игру». Доля этого фактора в общей дисперсии составила 11,5 % (см. рисунок).

II фактор – «подмена ценностей» – имел общий вклад в дисперсию 10,5 %. В 1-й группе респондентов он занимал 3-е место. Нагрузка этого фактора на признаки распределилась следующим образом: снижение производительности труда из-за онлайн-игр (0,6), снижение успехов в учебе или работе из-за того, что слишком много времени проводится за онлайн-играми (0,5), предпочтение провести время за онлайн-игрой с «виртуальными» друзьями (соратниками по клану) вместо того, чтобы выбраться куда-либо с настоящими друзьями (0,5), попытка скрыть количество времени, проводимого за онлайн-игрой (0,5).

III фактор сформирован за счет вклада таких признаков, как выражение негативного поведения, если кто-то пытается отвлечь от онлайн-игры (крик, ругань, досада) (0,6), пренебрежение домашними делами ради онлайн-игры (0,6), мысли о наличии проблем с онлайн-играми, о невозможности самостоятельно перестать играть в онлайн-игры (0,6), предвкушение повтора онлайн-игры (0,5). Вклад этого фактора в общую дисперсию составил 8,4 %. Смысловое описание фактора установлено нами как «личностные изменения под влиянием онлайн-игры».

Три фактора, выявленные у онлайн-игроков 3-й группы, объяснили 30 % общей дисперсии (см. рисунок). В формировании I фактора приняли участие такие признаки, как внимание к тому, что не удастся сократить время, проводимое за онлайн-игрой (0,7), предвкушение повтора онлайн-игры (0,6), предпочтение провести время за онлайн-игрой с виртуальными

«друзьями» (соратниками по клану) вместо того, чтобы выбраться куда-либо с настоящими друзьями (0,5). Фактор получил интерпретацию как «погружение в онлайн-игру» и продолжает занимать первое место с вкладом в общую нагрузку 11,4 %.

II фактор вобрал на себя нагрузку четырех признаков: пустота, безрадостность и скука в жизни без онлайн-игры (0,6), обсуждение с другими людьми подробностей онлайн-игры (персонажей, квестов и т. д.) (0,6), депрессия, подавленность или нервозность при отсутствии возможности зайти в онлайн-игру и снятие этого состояния с началом онлайн-игры (0,6), попытка продления времени онлайн-игры (0,5). По содержанию перечисленных признаков фактор получил название «невротические изменения личности» и перекликается с аналогичным для 2-й группы респондентов и находившимся там на 3-м месте. Его вклад в общую дисперсию составил 9,8 % (см. рисунок).

Признаками, оказавшими основное влияние на формирование III фактора, оказались: снижение производительности труда из-за увлечения онлайн-игрой (0,8), снижение успехов в учебе или работе из-за того, что слишком много времени проводится за онлайн-игрой (0,7), предвкушение встречи с другими игроками онлайн-игр или фантазии об игровом процессе (0,5). Фактору присвоено название «подмена ценностей». Данный фактор признаков во 2-й группе респондентов находился на 2-м месте с вкладом в дисперсию 10,5 %, а в описываемой группе он переместился на 3-е место с вкладом 8,9 %.

Анализ матрицы исходных данных, полученных при анкетировании респондентов, отнесенных в 4-ю группу, выявил три фактора с вкладом в общую дисперсию, составляющим 36 % (см. рисунок). I фактор сформирован за счет нагрузки следующих шести признаков: депрессия, подавленность или нервозность при отсутствии возможности зайти в онлайн-игру и снятие этого состояния с ее началом (0,8), пустота, безрадостность и скука в жизни без онлайн-игры (0,7), предпочтение онлайн-игры интимному общению с партнером (0,7), предвкушение повтора онлайн-игры (0,5), уход от беспокойства реальной жизни в мысли о фантастических возможностях персонажа в онлайн-игре (0,5), предвкушение встречи с другими игроками онлайн-игр или фантазии об игровом процессе (0,5). Вклад этого фактора в общую дисперсию составил 15,8 %, и назван он был «невротические изменения личности».

II фактор – «полное погружение в онлайн-игру» – обеспечен нагрузкой следующих признаков: снижение успехов в учебе или работе из-за то-

го, что слишком много времени проводится за онлайн-игрой (0,8), снижение производительности труда из-за увлечения онлайн-играми (0,6), пренебрежение сном из-за увлеченности онлайн-игрой (0,6), внимание к тому, что не удается сократить время, проводимое за онлайн-игрой (0,5), внимание к тому, что за онлайн-играми проводится больше времени, чем планировалось (0,5), пренебрежение домашними делами ради онлайн-игры (0,5). Вклад этого фактора в общую дисперсию составил 11,8 %.

III фактор сформирован нагрузкой таких признаков, как обсуждение с другими людьми подробностей онлайн-игры (персонажей, квестов и т. д.) (0,7), мысли о наличии проблем с онлайн-играми, о невозможности самостоятельно перестать играть в онлайн-игры (0,6), попытка продления времени онлайн-игры (0,4). Фактор определен как «осознание зависимости от игры», а его вклад в общую дисперсию составил 8,3 %.

### ***Заключение***

Таким образом, посредством факторного анализа проведено выделение ведущих симптомокомплексов социально-психологической характеристики онлайн-игроков с различным уровнем зависимости, состав и весомость которых представлен на рисунке. У респондентов с отсутствием зависимости от онлайн-игры (1-я группа) ведущую роль в симптомокомплексе играют такие факторы, как «бесконтрольность времени» с общим вкладом в дисперсию 11,5 %, «предвкушение онлайн-игры» (9,7 %) и «подмена ценностей» (7,8 %), а факторы «личностные изменения» от игры и «осознание зависимости от игры» в этом симптомокомплексе еще не проявляются.

С появлением слабой онлайн-игровой зависимости (2-я группа) фактор «бесконтрольность игрового времени» перестает быть значимым, а признаки, формировавшие фактор «предвкушения онлайн-игры», при участии новых признаков транспонируются в фактор «погружения в онлайн-игру», который занимает ведущее место с вкладом в общую дисперсию равным 11,5 %. Фактор «подмена ценностей» с 3-го места у респондентов, не зависящих от онлайн-игры, переместился на 2-е место с вкладом в 10,5 %. На 3-е место выходит вновь сформированный фактор «личностные изменения» под влиянием онлайн-игры с долей участия в 8,4 %. Фактор «осознания зависимости» в симптомокомплексе, описывающем слабо выраженную онлайн-игровую зависимость респондентов, пока не проявился.

При средней степени онлайн-игровой (3-я группа) зависимости ведущий симптомокомплекс факторов мало изменился по сравнению с ана-

логичным при слабом уровне зависимости. 1-м фактором оказался тот же фактор «погружение в онлайн-игру» с вкладом 11,4 %, а фактор «изменения личности» переместился на 2-е место и усилился некоторыми признаками, в результате чего интерпретирован нами как «невротические изменения личности» с вкладом в дисперсию 9,8 %. Фактор «подмена ценностей» оказался на 3-м месте с вкладом 8,9 %.

С развитием выраженной зависимости (4-я группа) симптомокомплекс факторов претерпевает существенные изменения. Ведущим фактором за счет усиления его новыми признаками становится фактор «невротические изменения личности» с долей вклада в дисперсию равной 15,8 %. Большинство признаков, участвовавших в формировании факторов «подмена ценностей» и «погружение в онлайн-игру», при определении новой факторной структуры объединились в один фактор, который нами оценен как «полное погружение в онлайн-игру» с долей дисперсии 11,8 %. Наряду с этим рассчитан и новый фактор – «осознание зависимости от игры», вклад которого в общую дисперсию оказался равным 8,3 %.

### *Литература*

1. *Асмолов А.Г.* Психологическая модель интернет-зависимости личности / А.Г. Асмолов, Н.А. Цветкова, А.В. Цветков // Мир психологии. – 2004. – № 1. – С. 179–192.
2. *Бурова (Лоскутова) В.А.* Кибераддикты среди нас / В.А. Бурова (Лоскутова) // Известия : темат. прил. «Наука». – 2001. – № 2. – С. 4.
3. *Денисов А.А.* Особенности ценностных ориентаций пользователей онлайн-игр [Электронный ресурс] / А.А. Денисов // Мед. психология в России : [электрон. науч. журн.]. – 2011. – № 6. – URL: <http://medpsy.ru>.
4. *Зайцев В.В.* Патологическая склонность к азартным играм: методология, распространенность, диагностика и лечение / В.В. Зайцев, В.И. Евдокимов // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 2. – С. 67–74.
5. *Лоскутова В.А.* Интернет-зависимость как форма нехимических аддиктивных расстройств : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Лоскутова В.А. – Новосибирск, 2004. – 23 с.
6. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. [и др.] : Питер, 2006. – 944 с.
7. *Рыбников В.Ю.* Распространенность компьютерной игровой зависимости среди населения мегаполиса / В.Ю. Рыбников, О.В. Литвиненко,



В.А. Юренкова // Мед.-биол. и соц.-психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2008. – № 4. – С. 72–76.

8. Харман Г. Современный факторный анализ / Г. Харман. – М. : Статистика, 1972. – 489 с.

9. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев. – 2-е изд., доп. – СПб. : ВМедА, 2005. – 292 с.

10. Янг К.С. Диагноз – Интернет-зависимость / К.С. Янг // Мир Интернет. – 2000. – № 2. – С. 24–29.

# КОРРЕКЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ

УДК 159.9 : 376.37

*Л.А. Федотова, О.Н. Павловцева, А.Г. Соловьев*

## СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО РАЗЛИЧНЫМ ШКОЛЬНЫМ ПРОГРАММАМ

Архангельская средняя общеобразовательная школа «Соловецкие юнги»;  
Северный государственный медицинский университет, Архангельск

### *Введение*

Проблема коррекции и реабилитации детей с нарушениями речи является актуальной в связи с трудностями в обучении и адаптации к условиям школы. Преодолению их должны способствовать научно обоснованные, адекватные коррекционные мероприятия, базирующиеся на результатах комплексной диагностики, направленной на выявление индивидуальных психологических и психофизиологических особенностей развития ребенка [1, 11, 12].

У детей с речевыми расстройствами имеют место снижение памяти, внимания, нарушение моторики, зрительно-пространственного восприятия; при их устранении логопедическая работа осуществляется более успешно. При этом актуальным является использование специальных программ, где в процессе обучения детей осуществляется и психологическая коррекция. К ним можно отнести межведомственную междисциплинарную целевую экспериментальную программу «Соловецкие юнги» (2007–2016 гг.), осуществляемую в г. Архангельске [6], согласно которой в школе создана система дополнительного образования, реализуемая с учащимися начальных классов в рамках продленного дня или через кружки и секции.

Целью исследования явилось сравнительное исследование эффективности коррекции нарушений устной и письменной речи у младших школьников, обучающихся по традиционной программе и по экспериментальной программе «Соловецкие юнги».

### ***Материалы и методы***

Обследовано 83 учащихся общеобразовательных школ г. Архангельска с общим недоразвитием речи (ОНР) (мальчиков – 61,4 %, девочек – 38,5 %) в возрасте от 7 до 9 лет, средний возраст –  $(8,5 \pm 0,5)$  лет.

Школьники 1-й группы ( $n = 45$ ) обучались в средней образовательной школе г. Архангельска по федеральному базисному учебному плану (2005 г.), 2-й ( $n = 38$ ) – в средней образовательной школе «Соловецкие юнги» по специально разработанной программе в соответствии с приказом департамента образования мэрии г. Архангельска [7], в которую входили занятия хореографией, плаванием, каратэ, северной росписью, морским делом, также по этике и этикету, что, в целом, способствовало нравственному, духовному, физическому совершенствованию, развитию речи, моторики, памяти и внимания. Исследование проводилось в начале (сентябрь) и конце (май–июнь) учебного года.

Диагностику речевых нарушений школьников проводили по методике Т.А. Фотековой и Т. В. Ахутиной [13], исследование умственной работоспособности – по таблицам Шульте [2], изучение работоспособности и выносливости – по теппинг-тесту [3], диагностику школьной тревожности – по тесту Филлипа [8], исследование эмоциональной сферы – по тесту Люшера [9].

### ***Результаты и их анализ***

Анализ результатов, полученных при обследовании младших школьников с ОНР, обучающихся по разным программам, в начале учебного года не обнаружил значимых различий по параметрам речевого профиля. У всех обследованных отмечена одинаковая степень нарушений речевых показателей: выявлены несформированность фонематического восприятия, нарушения речевой моторики, что явилось основой для грубого звукопроизносительного дефекта. Нарушение звуков страдало у всех детей, в их речи наблюдались замены, искажения, пропуски, смещения звуков, нарушения звуко-слоговой структуры слова.

Отмечена недостаточность словообразовательных процессов, особенно касающихся качественных и относительных прилагательных, количественная и качественная неполноценность словарного запаса, нарушение связной речи. При составлении рассказа допускалось значительное искажение ситуации, наблюдались аграмматизмы, неадекватное использование лексических средств. При построении высказывания школьники с ОНР использовали, в основном, простые распространенные предложения; в еди-

ничных случаях при описании сюжетной картинки употреблялась прямая речь; у детей наблюдалось наличие ошибок, обусловленных трудностями фонематического восприятия, нарушение слоговой структуры слова (пропуски, вставки одного звука) при произношении звуков. Учащиеся имели низкий словарный запас и объем памяти и внимания, нарушения зрительного восприятия, недостаточно понимали смысл выражений (табл. 1). Таким образом, дефект младших школьников обеих групп с нарушениями устной и письменной речи характеризовался выраженным недоразвитием всех исследованных компонентов речевой системы.

*Таблица 1*  
*Логопедические показатели младших школьников, (M ± m) балл*

Показатель	Группа / период учебного года			
	1-я		2-я	
	начало	конец	начало	конец
Звукопроизношение	13,5 ± 1,4	18,3 ± 1,4	13,2 ± 0,4	19,8 ± 0,8
Звуко-слоговая структура слова	8,6 ± 0,7	10,2 ± 0,6	9,1 ± 0,2	11,5 ± 0,2*
Оральный праксис и артикуляционная моторика	17,3 ± 0,4	24,6 ± 0,5	18,0 ± 0,4	24,0 ± 0,4
Цепочки слогов (фонематическое восприятие)	17,0 ± 1,3	23,0 ± 1,3	16,7 ± 0,5	23,7 ± 0,5
Словообразование	44,2 ± 2,9	54,4 ± 2,1	43,2 ± 3,5	65,1 ± 3,5**
Грамматический строй	86,0 ± 3,3	109,8 ± 3,3	87,0 ± 3,2	118,0 ± 3,2**
Рассказ по серии картинок	32,1 ± 2,9	39,0 ± 2,9	34,7 ± 1,2	42,7 ± 1,2*
Пересказ	24,3 ± 3,4	34,3 ± 3,4	25,1 ± 2,5	40,3 ± 2,4*
Языковой анализ	17,3 ± 1,6	23,7 ± 1,6	16,4 ± 1,2	24,4 ± 1,2
Письмо	26,2 ± 1,9	31,2 ± 1,8	25,1 ± 1,1	32,3 ± 1,1
Чтение	19,6 ± 3,0	38,6 ± 2,9	20,1 ± 1,4	43,8 ± 1,4**
Общий балл за тест	306,2 ± 22,0	368,6 ± 22,2	312,9 ± 15,9	445,6 ± 16,2*
Средний уровень сформированности речи	27,8 ± 2,01	33,5 ± 2,0	28,4 ± 1,4	40,53 ± 1,5*

Здесь и в табл. 2–5. Различия внутригрупповых показателей в начале и конце учебного года: \* – при  $p < 0,05$ ; \*\* – при  $p < 0,01$ ; \*\*\* – при  $p < 0,001$ .

Сравнительный анализ результатов, полученных при исследовании групп учащихся на фоне различных видов обучения в конце учебного года, выявил различную динамику параметров речевого профиля. У учащихся 1-й

группы наблюдалась положительная динамика в формировании словесно-логического мышления, дети стали делать простые обобщения и умозаключения, у них уменьшилось количество дисграфических и орфографических ошибок, улучшилась техника чтения, однако достоверных различий по тестам не выявлено (см. табл. 1).

Во 2-й группе школьников коррекционная работа оказалась более эффективной, позитивные изменения наблюдались по параметрам «Словообразование», «Грамматический строй речи», «Пересказ», «Чтение». Это может свидетельствовать о большем уровне сформированности лексико-грамматического строя языка. Дети более свободно стали строить свои высказывания в пределах близкой им тематики в ситуации учебной деятельности (см. табл. 1).

Результаты по тесту Шульте среди школьников 1-й и 2-й групп в начале учебного года показывали, что порядок и скорость определения чисел у них замедлены, скорость их определения колебалась от  $(92,5 \pm 1,5)$  до  $(101,5 \pm 1,9)$  с и  $(92,7 \pm 1,5)$  до  $(104,5 \pm 1,9)$  с соответственно (табл. 2). В конце учебного года показатели у детей 2-й группы значительно улучшились, что свидетельствует об устойчивости внимания и памяти учащихся.

*Таблица 2*

*Скорость выполнения заданий по таблицам Шульте, ( $M \pm m$ ) с*

Группа	Таблицы Шульте				
	1-я	2-я	3-я	4-я	5-я
Начало учебного года					
1-я	$92,4 \pm 1,4$	$99,7 \pm 1,7$	$97,6 \pm 1,4$	$104,4 \pm 1,6$	$101,4 \pm 1,8$
2-я	$92,6 \pm 1,4$	$101,2 \pm 1,4$	$99,4 \pm 1,4$	$105,3 \pm 1,8$	$104,4 \pm 1,9$
Конец учебного года					
1-я	$82,7 \pm 1,3$	$76,7 \pm 1,7$	$77,6 \pm 1,2$	$83,45 \pm 1,6$	$87,4 \pm 1,8$
2-я	$77,7 \pm 1,4$ *	$88,7 \pm 1,4$	$79,4 \pm 1,4$	$77,4 \pm 1,8$ *	$71,4 \pm 1,8$ *

Важным психофизиологическим тестом по изучению работоспособности у детей является теппинг-тест. Сравнительный анализ результатов исследования показал, что у учащихся с нарушениями речи, обучающихся по разным программам, в начале выполнения теста в обеих группах отмечалась удовлетворительная работоспособность, которая подтверждалась

достаточным количеством поставленных точек в первом квадрате. В процессе тестирования показатели постепенно снижались, количество поставленных точек уменьшалось от 1-го к 8-му полю (табл. 3). Кривая теппинг-теста свидетельствовала о снижении работоспособности и средне-слабом типе нервной системы [5].

Проведенное исследование в конце учебного года выявило достоверное улучшение показателей во 2-й группе детей, что подтверждалось достаточным количеством поставленных точек в первом и последнем квадратах, демонстрируя хорошую работоспособность и выносливость.

*Таблица 3*  
*Показатели выполнения заданий по теппинг-тесту, (M ± m) с*

Поля	Группа / период учебного года			
	1-я		2-я	
	начало	конец	начало	конец
1-е	14,8 ± 0,6	14,6 ± 0,6	13,0 ± 1,0	16,6 ± 0,7*
2-е	12,5 ± 0,3	16,4 ± 0,6	12,1 ± 0,9	17,5 ± 0,5*
3-е	10,4 ± 0,6	15,4 ± 0,7	11,2 ± 0,6	16,0 ± 0,7
4-е	8,7 ± 0,53	14,6 ± 0,4	9,2 ± 0,7	15,5 ± 0,5*
5-е	9,1 ± 0,7	13,8 ± 0,4	7,6 ± 0,6	14,9 ± 0,7
6-е	9,3 ± 0,5	14,5 ± 0,4	10,4 ± 0,7	15,1 ± 0,6
7-е	11,6 ± 0,6	13,4 ± 0,5	10,2 ± 0,5	14,9 ± 0,6
8-е	10,3 ± 0,5	11,3 ± 0,6	9,6 ± 0,6	16,4 ± 0,5**

Тревожность является индикатором эмоционального напряжения и рассматривается как показатель уровня психической адаптированности человека к различным видам деятельности, а также как показатель физиологических перестроек, глубинных механизмов приспособления [4, 10]. В начале учебного года по тесту Филлипса у детей с ОНР, обучающихся по разным программам, отмечался высокий уровень проявлений тревожности в школе, особенно при необходимости самовыражения и в ситуациях проверки знаний; дети испытывали эмоционально-негативные переживания при демонстрации своих возможностей, достижений, навыков. Младшие школьники с нарушениями речи обнаруживали значительный уровень тревоги в ситуациях, связанных с оценкой достижений, умений, навыков.

В конце учебного года во 2-й группе детей отмечено значительное снижение показателей по следующим факторам: общая тревожность в

школе, переживание социального стресса, страх ситуации проверки знаний, низкая физиологическая сопротивляемость стрессу, проблемы и страхи в отношениях с учителями. Все это позволяет говорить о менее выраженном беспокойстве в ситуациях самоопределения, демонстрации своих достижений и возможностей (табл. 4).

С помощью теста Люшера были проанализированы не только эмоциональное состояние, но и реакция личности на конкретную ситуацию, а также диапазон ее изменчивости под влиянием логопедической и психологической коррекции. Анализ результатов исследования детей разных групп позволил установить, что в начале учебного года у них было выявлено свойство гетерономности – дети отличались пассивностью, сенситивностью, склонностью к зависимости от окружающих, к спонтанному поведению. В обеих группах отмечены средние показатели работоспособности и стресса.

Таблица 4

*Параметры по тесту Филипса, (M ± m) %*

Параметр	Группа / период учебного года			
	1-я		2-я	
	начало	конец	начало	конец
Общая тревожность в школе	69,5 ± 2,7	54,3 ± 2,3	67,4 ± 2,6	41,4 ± 2,6*
Переживание социального стресса	65,0 ± 2,0	49,8 ± 2,4	69,2 ± 2,2	41,2 ± 2,2*
Фрустрация потребности в достижении успеха	44,0 ± 2,2	42,9 ± 2,1	44,8 ± 2,2	44,8 ± 2,2
Страх самовыражения	58,7 ± 3,3	40,4 ± 2,3	60,4 ± 3,1	53,4 ± 3,1
Страх ситуации проверки знаний	62,7 ± 2,4	54,6 ± 2,8	63,4 ± 2,1	53,4 ± 2,2
Страх не соответствовать ожиданиям окружающих	54,6 ± 3,2	53,4 ± 2,4	57,6 ± 3,0	51,6 ± 3,0
Низкая физиологическая сопротивляемость	55,6 ± 3,1	49,5 ± 2,2	53,1 ± 2,9	42,1 ± 2,9*
Проблемы и страхи в отношениях с учителями	62,8 ± 2,8	52,0 ± 2,1	58,7 ± 2,1	42,7 ± 2,1*

После логопедической коррекции младшие школьники 2-й группы стали более активны, независимы, склонны к доминированию и самоутверждению (табл. 5). У них отмечалось улучшение общего эмоционального состояния; дети стали более общительными, лучше контролировали свои эмоции и поведение; снизились неуверенность в себе и необоснованное чувство вины. Существенно уменьшились уровень их тревожности, связанной со школой, страх самовыражения, напряженность в отношениях

с учителями и при проверке знаний. Выявлено достоверное снижение показателей агрессивности, ригидности, что предполагает большие возможности коррективки поведения в соответствии с требованиями конкретной ситуации, определенную гибкость и пластичность реагирования.

*Таблица 5*  
*Показатели по тесту Люшера, (M ± m) усл. ед.*

Показатель	Группа / период учебного года			
	1-я		2-я	
	начало	конец	начало	конец
Гетерономность – Автономность	0,027 ± 0,74	-0,59 ± 0,61	0,027 ± 0,74	-1,6 ± 0,6*
Концентричность – Эксцентричность	-1,4 ± 0,5	-2,5 ± 0,6	-1,4 ± 0,5	-2,5 ± 0,6*
Личностный баланс	2,2 ± 0,5	3,5 ± 0,7	4,2 ± 0,5	3,5 ± 0,7
Вегетативный баланс	2,0 ± 0,5	3,6 ± 0,8	2,8 ± 0,5	4,6 ± 0,8*
Работоспособность	16,6 ± 0,3	19,7 ± 0,3	17,6 ± 0,4	19,7 ± 0,3*
Стресс	3,9 ± 0,7	5,1 ± 0,3	3,9 ± 0,7	4,9 ± 0,3*

### *Заключение*

Таким образом, проведенное нами исследование показывает высокую эффективность логопедической коррекции речевых дефектов у детей младшего возраста, обучающихся по специально сконструированной программе «Соловецкие юнги», и более существенную, по сравнению с традиционными подходами, динамику развития ребенка. Наметились положительные тенденции в образовательном процессе, возросли социальная активность, ответственность и дисциплина, активизировались речь и мышление учащихся, повысилась школьная успеваемость, что, в целом, позволяет рекомендовать психолого-логопедические подходы программы для использования в коррекционной работе у детей с нарушениями речи.

### *Литература*

1. *Безруких М.М.* Психофизиологические механизмы трудностей обучения письму на начальном этапе формирования навыка / М.М. Безруких // Школа здоровья. – 2002. – № 1. – С. 12–17.
2. *Бурлачук Л.Ф.* Словарь-справочник по психодиагностике / Л.Ф. Бурлачук, С.М. Морозова. – СПб. [и др.] : Питер, 2000. – 528 с.
3. *Ильина М.Н.* Подготовка к школе: развивающие упражнения и тесты / М.Н. Ильина. – СПб. : Дельта, 1998. – 224 с.



4. *Махова В.М.* Изучение личностных свойств и особенностей эмоционального реагирования детей с интеллектуальной недостаточностью в период их адаптации к школе / В.М. Махова // Дефектология. – 2000. – № 6. – С. 9–14.

5. *Овчарова Р.В.* Справочная книга школьного психолога / З.В. Овчарова. – М. : Просвещение : Учеб. лит., 1996. – 352 с.

6. *Павловцева О.Н.* Опыт работы с учащимися младших классов по экспериментальной программе «Соловецкие юнги» / О.Н. Павловцева, Л.А. Федотова // Бюл. СГМУ. – 2010. – № 2 (8). – С. 86.

7. Приказ № 567 от 16.10.2007 г. Департамента образования мэрии г. Архангельска «Об утверждении программы реализации подпрограммы “Соловецкие юнги” на базе муниципального образовательного учреждения “Средняя общеобразовательная школа № 32”».

8. *Рогов Е.Н.* Настольная книга практического психолога: учеб. пособие / Е.Н. Рогов. – М. : ВЛАДОС, 2004. – 384 с.

9. *Собчик Л.Н.* Введение в психологию индивидуальности / Л.Н. Собчик. – М. : ИПП-ИСП, 2000. – 512 с.

10. *Федотова Л.А.* Комплексная диагностика, психолого-логопедическая коррекция и профилактика нарушений речи у детей в младшем школьном возрасте : метод. рекомендации / Л.А. Федотова, А.Г. Соловьев – Архангельск : СМГУ, 2002. – 22 с.

11. *Федотова Л.А.* Коррекция психоэмоциональной сферы детей младшего школьного возраста с использованием программированного цветового игротренинга / Л.А. Федотова, А.Г. Соловьев // Вестн. психотерапии. – 2011. – № 38 (43). – С. 76–80.

12. *Федотова Л.А.* Личностные и психоэмоциональные особенности младших школьников с нарушениями речи // Психич. здоровье / Л.А. Федотова, А.Г. Соловьев. – 2011. – № 4 (59). – С. 43–47.

13. *Фотекова Т.А.* Диагностика речевых нарушений с использованием нейропсихологических методик : пособие для логопедов и психологов / Т.А. Фотекова, Т.В. Ахутина. – М. : АРКТИ, 2002. – 136 с.

# ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ. ПСИХИАТРИЯ

УДК 159.9 : 331.101.3

*А.А. Бобрищев, Б.М. Лопухин*

## **ВЛИЯНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ПОДДЕРЖКИ СОТРУДНИКАМИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОТИВОПОЖАРНОЙ СЛУЖБЫ МЧС РОССИИ НА УРОВЕНЬ ИХ АДАПТАЦИИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Санкт-Петербургский университет Государственной противопожарной службы МЧС России

### ***Введение***

Профессиональная деятельность специалистов экстремальных профессий характеризуется воздействием значительного числа стрессорных факторов и предъявляет повышенные требования к стрессоустойчивости и психологическим качествам личности, обеспечивающим успешное стресс-преодолевающее поведение и эффективность деятельности в экстремальных условиях, что подтверждено большим количеством публикаций по данной проблеме [1–3, 5–7]. Вместе с тем, нет материалов по исследованиям, направленным на изучение влияния субъективного восприятия социальной поддержки сотрудниками Государственной противопожарной службы (ГПС) МЧС России на уровень их адаптации к профессиональной деятельности в экстремальных условиях.

В связи с этим нами было проведено исследование данной проблемы с использованием шкалы социальной поддержки Д. Зимета [4]. Полученные в исследовании данные можно использовать при проведении профессионального психологического отбора сотрудников ГПС МЧС России, в том числе в спецподразделения, а также мониторинга психологического состояния и личностно-средовых ресурсов стресс-преодолевающего поведения сотрудников практическими психологами МЧС России.

### ***Материал и методы***

Оценка личностно-средовых факторов стресс-преодолевающего поведения и уровня адаптированности проводилась у 258 сотрудников ГПС МЧС России. По результатам анализа дисциплинарной практики, стати-

стики заболеваемости, экспертных оценок среди обследованных сотрудников ГПС МЧС России нами были выделены три группы. В 1-ю группу (с высоким уровнем адаптации) вошли сотрудники в возрасте 25–35 лет, не имеющие психосоматических заболеваний, взысканий и отмеченные экспертами как успешные ( $n = 235$ ), во 2-ю (с низким уровнем адаптированности) – сотрудники в возрасте 26–36 лет, имеющие психосоматические заболевания, неснятые взыскания и отмеченные экспертами как низкоуспешные ( $n = 23$ ). В 3-ю группу выделены 107 курсантов-выпускников Санкт-Петербургского университета Государственной противопожарной службы МЧС России, в возрасте 18–23 лет, не имеющих психосоматических заболеваний, имеющих средние показатели в учебе, так называемые «средняки». Дополнительное исследование личностно-средовых ресурсов курсантов-выпускников позволяет нам оценить динамику и направленность изменения этих ресурсов при получении практического профессионального опыта.

Для оценки личностно-средовых ресурсов копинг-поведения сотрудников ГПС МЧС России использована многомерная шкала восприятия социальной поддержки (MSPSS), разработанная Д. Зиметом в 1988 г. Шкала обладает надежностью, факторной и конструктивной валидностью [4]. Оценивали субъективное восприятие социальной поддержки по 12-балльной шкале по трем аспектам: «семья», «друзья» и «значимые другие»

### ***Результаты и их анализ***

Согласно данным таблицы, адаптированные сотрудники ГПС МЧС России показали наиболее высокие баллы по всем субшкалам теста Г. Зимерта. Показатель по субшкале восприятия социальной поддержки в целом составил 8,7 балла, или 72 %, от максимально возможной степени выраженности признака. По субшкалам восприятия социальной поддержки со стороны семьи, друзей и значимых других эти сотрудники набрали соответственно 69, 76 и 68 % от максимально возможной степени выраженности признаков.

Субъективное восприятие социальной поддержки у сотрудников ГПС МЧС России 1-й группы было достаточно высоким и равномерно распределялось по всем сферам при незначительно более выраженном показателе в сфере «друзья», что соответствует общепринятому мнению о наибольшей значимости для сотрудников ГПС МЧС общения с социально близкими людьми, но и подчеркивает значимость для них двух других социально-поддерживающих сфер – «семьи» и «значимых других».

*Восприятие социальной поддержки, (M ± t) балл*

Субшкала	Группа			p
	1-я	2-я	3-я	
Семья	2,8 ± 0,4	1,9 ± 0,3	1,3 ± 0,2	1/2 < 0,05; 1/3 < 0,01
Друзья	3,1 ± 0,3	2,3 ± 0,3	1,7 ± 0,2	1/2 < 0,05; 1/3 < 0,05
Значимые другие	2,8 ± 0,2	2,4 ± 0,2	2,6 ± 0,2	—
Общая оценка	8,7 ± 0,3	6,3 ± 0,3	5,6 ± 0,2	1/2 < 0,05; 1/3 < 0,01

Адаптированные сотрудники ГПС в большинстве случаев понимали, что в профессиональной деятельности сфера «друзья» является для них опорой. Они осознавали, что друзья пытаются помочь им примером, советом или материально в разрешении сложных проблем, противодействуют негативному влиянию извне. Как правило, они получали от друзей и эмоциональную поддержку, в которой нуждались. Однако не все сотрудники 1-й группы и далеко не всегда могли делиться сокровенными проблемами с друзьями. Порой в их жизни возникали ситуации, которые они предпочитали решать самостоятельно или использовать поддержку семьи или значимых других. Сотрудники 1-й группы сами выбирали источник поддержки, используя обычно хорошо развитую и разнообразно представленную социальную сеть. Кроме того, они предпочитали самостоятельно определять и вид оказываемой социальной поддержки (информация, совет, деньги и т. д.).

Адаптированные сотрудники довольно успешно прогнозировали как пути оказания поддержки, так и ее эффективность. Попадая в проблемную ситуацию, испытывая эмоциональное напряжение, адаптированные сотрудники ГПС МЧС России решали для себя первый вопрос: справятся ли они с проблемой самостоятельно или им следует прибегнуть к чьей-то помощи. Вторым вопросом для них было осуществление выбора: к чьей помощи следует прибегнуть в данной ситуации, оценка ее вероятной эффективности. Третий вопрос заключался в том, как построить коммуникативное взаимодействие с окружением таким образом, чтобы получить желаемый эффект от оказываемой социальной поддержки, т. е. за основу принимался когнитивный процесс разрешения проблемы.

Курсанты-выпускники (3-я группа) имели наиболее низкие результаты среди обследуемых сотрудников по всем субшкалам теста (см. таблицу). Общий показатель составил 5,6 балла, или 47 %, выраженности признака, по субшкале «семья» – 33 % от выраженности признака, по субшкале «друзья» – 43 %, по субшкале «значимые другие» – 66 %. По сравнению

с показателями сотрудников 1-й группы, значимые различия найдены в оценках субшкал «семья» и «друзья» и общей оценке по тесту (см. таблицу).

В целом, сотрудники 2-й группы показали промежуточные среди двух других обследуемых групп результаты (см. таблицу). Общий показатель составил 6,5 балла, или 55 %, выраженности признака, по субшкале «семья» – 48 % от выраженности признака, по субшкале «друзья» – 56 %, по субшкале «значимые другие» – 59 %. По сравнению с показателями сотрудников 1-й группы, значимые различия найдены в оценках субшкал «семья» и «друзья» и общей оценке по тесту (см. таблицу)

Низкие показатели восприятия поддержки друзей, по нашему мнению, указывают на то, что выбор друзей у сотрудников 2-й группы в определенной мере имел ограниченный, вынужденный характер в связи с отсутствием большого количества социальных контактов. При относительно высоком показателе (63 %) степени выраженности восприятия социальной поддержки от «значимых других», эти сотрудники были лишены возможности выбора наиболее предпочтительного источника поддержки, вида ее, не могли прогнозировать для себя ее эффективность. Значимые «другие» предлагали им то, что могли и хотели дать сами, а не то, что требовалось, в результате чего мог накапливаться негативный опыт получения социальной поддержки, снижалась самооценка, усиливалось ощущение собственной неполноценности, затормаживалось развитие других личностно-средовых копинг-ресурсов, коммуникативных навыков. Поскольку социальная поддержка навязывалась им в нежелательной форме, она оценивалась ими негативно, снижая активность и настроение, и тем самым способствовала развитию чувства беспомощности, внутренней неполноценности, одиночества и нарушала процесс психосоциальной адаптации в целом.

### ***Выводы***

Результаты сравнительного исследования восприятия социальной поддержки у сотрудников ГПС МЧС России и курсантов-выпускников позволяют сделать следующие выводы.

1. Адаптированные сотрудники ГПС МЧС России обладают хорошо развитой стратегией поиска социальной поддержки, позитивной Я-концепцией, имеют высокий и равномерно распределенный по сферам уровень субъективного восприятия социальной поддержки. Они активно самостоятельно выбирают источник поддержки на альтернативной основе, определяют ее вид и дозируют объем, успешно прогнозируют ее возможности,

что в целом обеспечивает высокую эффективность социальной поддержки. Позитивно воспринимаемая поддержка повышает самооценку, самоуважение и активность сотрудника, понижает чувствительность к отвержению другими лицами, помогает увидеть ситуации «взглядом со стороны» и снимает эмоциональное напряжение.

2. Курсанты-выпускники показали низкий и неравномерно распределенный по сферам уровень субъективного восприятия социальной поддержки в целом. Выбор источника поддержки, ее вида и объема носил пассивный, вынужденный, принудительный характер, что резко снижало эффективность социальной поддержки, способствовало негативному отношению к ней. Наиболее низкое восприятие поддержки выявлено со стороны сферы «семья» и несколько выше в сфере «друзья». Отсутствие в социально-поддерживающей сети структуры «семья» оказывало выраженное негативное воздействие на социально-поддерживающий процесс, приводило к формированию пассивных стратегий преодоления стресса, использованию защитных копинг-стратегий, свойственных этому возрасту. Низкое восприятие социальной поддержки со стороны сферы «семья» негативно влияло на весь социально-поддерживающий процесс в целом.

3. Деадаптированные сотрудники ГПС МЧС России также имели низкий и неравномерно распределенный уровень социальной поддержки по сравнению с адаптированными сотрудниками. Наиболее низкое восприятие социальной поддержки выявлено в сфере «семья» при удовлетворительном ее восприятии в других сферах. Наличие нарушенных отношений в семье влияло на низкий уровень восприятия социальной поддержки от этой структуры. Однако, по сравнению с курсантами-выпускниками, деадаптированные сотрудники ГПС имели возможность по собственной инициативе на альтернативной основе выбирать источник поддержки, объем и вид оказываемой им помощи, хотя ее интенсивность была ниже (из-за нарушенных отношений в семье и на службе), чем у адаптированных сотрудников ГПС.

### *Литература*

1. Актуальные проблемы пожарной безопасности / ред. В.С. Артамонов ; С-Петерб. ун-т Гос. противопожар. службы МЧС России. – СПб., 2011. – 240 с.

2. Бодров В.А. Психологические основы профессиональной деятельности : хрестоматия / В.А. Бодров. – М. : Пер сз ; Логос, 2007. – 856 с.

3. *Евдокимов В.И.* Психологические механизмы генезиса негативных эмоциональных состояний в деятельности сотрудников Государственной противопожарной службы МЧС России / В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук, Т.И. Шевченко // Мед.-биол. и соц. психол. пробл. безопасности в чрезв. ситуациях. – 2007. – № 2. – С. 46–54.

4. *Карвасарский Б.Д.* Клиническая психология : учебник / Б.Д. Карвасарский. – М., 2004. – 541 с.

5. Психокоррекционная работа с сотрудниками ОВД : монография / И.Б. Лебедев [и др.] ; Моск. ун-т МВД РФ. – М., 2011. – 300 с.

6. *Реан А.А.* Психология адаптации личности / А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов. – СПб. : Прайм-Еврознак, 2008. – 479 с.

7. *Яковенко С.В.* Профессиональная замещающая семейная забота как медико-психологический фактор здоровья детей, оставшихся без попечения родителей / С.В. Яковенко // Вестн. психотерапии. – 2012. – № 43 (48). – С. 102–111.

## **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОГЕНИЙ, ВЫЗВАВШИХ НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У КОМБАТАНТОВ С ЭКЗОГЕННО-ОРГАНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул

### ***Введение***

Проблемы экзогенно-органических заболеваний головного мозга являются одним из актуальных аспектов современной психиатрии как в медицинском, так и в социальном плане [6]. В то же время, последние десятилетия, ввиду скоротечных социальных перемен и возникновения нового для нашей страны вида психотравмирующих влияний, описанного Б.Н. Пивень (1991) как «тотальные негативные психологические воздействия», не менее актуальной стала проблема лечения психогенных заболеваний [7, 8, 1].

Экзогенно-органические заболевания головного мозга, сочетанные с невротическими расстройствами, у комбатантов имеют свою специфику, связанную прежде всего с личностными особенностями пациентов и психогениями, приведшими к присоединению вторичной патологии.

Целью нашего исследования является всестороннее изучение данной сочетанной патологии у комбатантов с последующим формированием алгоритма оказания им оптимальной лечебно-реабилитационной помощи. Одной из задач такого исследования нам представляется динамический анализ психотравмирующих факторов, приведших к возникновению вторичных невротических расстройств.

По данным И.В. Боева (2003), в зависимости от количественных критериев (сила воздействия, темп) и содержания психической травмы выделяют следующие типы психотравмирующих факторов: 1) шоковые психические травмы; 2) ситуационные психотравмирующие факторы относительно кратковременного действия; 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации; 4) факторы эмоциональной депривации.

Психотравмирующие факторы, отнесенные к 1-й группе, отличаются интенсивностью и внезапностью действия. Как правило, эти факторы, воздействующие на инстинкт самосохранения, связаны с угрозой жизни или благополучию человека. Ввиду непосредственного воздействия на ин-



стинктивную и низшую аффективную сферы шоковые психотравмирующие факторы не осознаются в полной мере и в силу высокой скорости воздействия «не вызывают сознательной интрапсихической переработки их содержания и значения» [2].

Ситуационные психотравмирующие факторы и хронически действующие психотравмирующие ситуации влияют на более высокие сознательные уровни личности [4]. Особую группу составляют факторы эмоциональной депривации, т. е. неблагоприятные условия, которые приводят к существенному обеднению сферы переживаний индивидуума [2].

Существенную роль в вопросах лечения и реабилитации психически больных, страдающих психогенными заболеваниями, имеют социально ориентированные методы психотерапии [5, 3, 9].

### ***Материалы и методы***

За период 2008–2010 гг. в госпитале ветеранов войн г. Барнаула было пролечено 14 915 комбатантов. Из них 4054 (27,2 %) были проконсультированы психиатрами.

Проведенное нами безвыборным методом исследование историй болезни показало, что 613 (15,1 %) пациентам, попавшим в поле зрения психиатров, был выставлен диагноз экзогенно-органическое заболевание головного мозга (МКБ-10 – F06). Среди них у 164 (26,8 %) пациентов было выявлено органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство (МКБ-10 – F06.6), а у 449 (73,2 %) – другие неуточненные психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью (МКБ-10 – F06.8).

### ***Результаты***

Согласно медицинской документации, 204 (33,3 %) пациента-мужчины с экзогенно-органическим заболеванием головного мозга активно предъявляли жалобы на различные психические травмы и психотравмирующие ситуации (см. таблицу).

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют об уменьшении на 52 % больных с психогениями в период с 2008 по 2010 г. Оказалось, что годовая структура психических травм и психотравмирующих ситуаций практически не претерпела изменений. Наиболее значимым психотравмирующим фактором является семейное неблагополучие. Следует отметить, что в происхождении психогений существенную роль играло не только не-

адаптивное отношение пациентов к личным ситуационным проблемам, но и макросоциальные факторы.

*Психотравмирующие ситуации у комбатантов, n (%)*

Показатель	Год			p <sub>1-2</sub> <	p <sub>2-3</sub> <	p <sub>1-3</sub> <
	2008	2009	2010			
	1	2	3			
Психические травмы и психотравмирующие ситуации, в том числе:	98 (48)	55 (27)	51 (25)	–	–	–
семейное неблагополучие	34 (34,7)	19 (34,6)	22 (43,1)	–	–	–
судебные разбирательства	8 (8,2)	8 (14,5)	6 (11,8)	–	–	–
смерть близких	20 (20,4)	9 (16,4)	15 (29,4)			
долги по кредитам	10 (10,2)	8 (14,5)	2 (3,9)	–	–	–
отсутствие работы	23(23,5)	8 (14,5)	4 (7,9)	–	–	0,05
жилищные проблемы	3 (3,0)	3 (5,5)	2 (3,9)	–	–	–

Так 2008 г., отмеченный формированием экономического кризиса, характеризовался уменьшением валового внутреннего продукта, снижением объемов промышленного производства, ростом безработицы во всех сферах экономики. Как следствие, психотравмирующие факторы, связанные со страхом потерять работу и отсутствием работы в данный период времени, приобрели особую актуальность (см. таблицу). По мере «оздоровления» экономики присутствие данной психогении в общей структуре уменьшилось с 23,5 до 7,9 %.

На протяжении 3 лет наиболее актуальным психогенным воздействием на комбатантов являлось семейное неблагополучие. Данная психогения связана с низким достатком, фрустрацией, подозрительностью, вспыльчивостью комбатантов, осложнена злоупотреблением алкоголя, приводящим к частым конфликтам в семьях, асоциальному поведению.

Клиническая картина психогенных расстройств у исследованных пациентов соответствовала их описанию в медицинской литературе. При этом, как показал проведенный нами анализ медицинской документации, смешанные расстройства не были диагностированы, следовательно, лечебные мероприятия проводились без учета клинико-динамических особенностей коморбидности. В частности, не назначалась психотерапия, имеющая очевидные клинические и социальные показания.

### *Заключение*

На наш взгляд, нацеленность врачей на диагностику сочетанных патологий имеет большое значение в формировании тактики лечебно-реабилитационных мероприятий. В частности, наряду с лечением экзогенно-органического заболевания головного мозга целесообразно проведение психотерапевтического вмешательства поведенческого направления, предполагающего формирование когнитивных навыков и психологической резистентности.

### *Литература*

1. *Александровский Ю.А.* Социально-стрессовые расстройства – особая группа невротических и соматоморфных нарушений / Ю.А. Александровский / XII съезд психиатров России. – М, 1995. – С. 142–144.
2. *Боев И.В.* Жертвы терроризма / И.В. Боев. – Ставрополь, 2003. – 89 с.
3. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия / Б. Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1985. – 304 с.
4. *Краснушкин Е.К.* Избр. труды / Е.К. Краснушкин. – М, 1960. – 608 с.
5. *Мясищев В.Н.* Психотерапия как система средств воздействия на психику человека в целях восстановления его здоровья / В.Н. Мясищев // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л., 1973. – С. 7–20.
6. Некоторые итоги изучения экзогенно-органических заболеваний головного мозга / Б.Н. Пивень, И.И. Шереметьева, Л.В. Лещенко [и др.]. – Соц. и клинич. психиатрия. – 2011. – № 1. – С. 94–99.
7. *Пивень Б.Н.* Предпосылки и перспективы развития экологической психиатрии / Б.Н. Пивень // Экологическая психиатрия: необходимость формирования и перспективы развития нового направления в науке: сб. науч. тр. – Барнаул, 1991. – С. 24–30.
8. Психогении в экстремальных условиях / Ю.А. Александровский, О.С. Лобастов, Л.И. Спивак, В.П. Щукин. – М.: Медицина, 1991. – 96 с.
9. *Семке В.Я.* Психотерапия: настоящее и будущее. Тенденция к интеграции / В.Я. Семке, И.Е. Куприянова // Сиб. вестн. психиатрии и наркологии. – 1998. – № 1/2. – С. 118–123.

# ОБЩЕМЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ. НАУКОВЕДЕНИЕ

УДК 316.1 : 001.5

*Э.В. Леус, А.Г. Соловьев*

## ФЕНОМЕН «СОЦИАЛЬНОЙ НОРМЫ» В НАУКЕ

Северный (Арктический) федеральный университет им. М.В. Ломоносова;  
Северный государственный медицинский университет, Архангельск

### *Введение*

Любое поведение человека в социуме оценивается и регулируется с точки зрения определенных стандартов, эталонов и норм, принятых в данном обществе. Исторически сложившимися видами социальных норм являются ритуалы, традиции, обычаи, нравы, социальные установки, которые призваны содействовать сохранению культурных и общественных ценностей и обеспечению соответствующего поведения, что всегда имеет моральную составляющую. Мораль – это особая форма общественного сознания и общественных отношений, выступающая как инструмент, регулирующий отношения человека и общества. Строя отношения с людьми в различных сферах жизнедеятельности, человек руководствуется определенными принципами, нормами, оценками, подразумевающими сравнение реального поведения с некоей нормой. Норма – это предписание, требование общества к поведению людей в определенных, часто повторяющихся ситуациях. Традиционно социальные нормы трактуются в контексте поведения отдельных индивидов и их общностей, социальных групп и организаций как сложившиеся и установленные в конкретном обществе меры их допустимого поведения. Социальные нормы складываются в результате адекватного или искаженного отражения в сознании и поступках людей объективных закономерностей функционирования общества.

Многообразие трактовок понятия «норма» в традициях разных научных школ и теорий ведет к неоднозначности расшифровки, в связи с этим целью исследования послужил анализ подходов в контексте плюрализма научных идей.

### *Мультидисциплинарное понимание социальных норм*

По своей природе норма – стремление индивида к равновесию. Механизм нормы, по мнению Е.В. Ерофеевой, состоит в вычленении наиболее типичных, статистически преобладающих в определенной ситуации единиц, закреплении в сознании людей их связи с данной ситуацией и ориентации в коммуникации при выборе единицы для определенной или моделируемой в сознании) ситуации [19, 35]. Норма возникает с появлением человеческого общества и считается целесообразной и даже полезной, поскольку традиционная культура направлена на сохранение социального порядка в соответствии с нормами и ценностями родового коллектива; она позволяет регулировать социально обусловленное поведение, связанное с взаимоотношениями между индивидами, коллективами, классами, обществом в целом [15]. Социальная норма складывается на практической базе совершения каждодневных действий в течение длительного промежутка времени – возможно, жизни нескольких поколений. Согласно Е.М. Пенькову, объективной ее основой является то, что в поступках и действиях людей присутствуют не только изменчивость, неповторимость и динамика, но и относительное постоянство и повторяемость [16, 39].

Под нормой в психологии понимают долговременные требования, призванные содействовать сохранению культурных и общественных завоеваний человечества, а также обеспечить выполнение индивидуумами и сообществами общечеловеческих, гражданских, семейных и других обязанностей [43]. Статистически и клинически обоснованные, базирующиеся на социальных стереотипах и субъективных ожиданиях человека, культурно обусловленные динамичные критерии используются для оценки темпа и содержания психического развития человека, при этом социальной нормой считается любая модель поведения, которая встречается так часто в определенном обществе, что начинает считаться отражением этого общества и становится санкционируемой членами этого общества как правило или ожидание соответствующего социального поведения.

Норма является критерием для понимания отклонений. Существует множество трактовок социальных норм, опирающихся на ее функциональное значение, важность и полезность для индивида, социальных групп, организаций и общества в целом. Так, по мнению В. Томаса и Ф. Знанецкого, «социальные нормы – это более или менее формальные правила, с помощью которых группа старается удерживать, регулировать, а также сделать более распространенными и частными соответствующими типы действий среди своих членов» [29]. Согласно В.Г. Афанасьеву, социальная норма –

это неотъемлемый элемент общественного управления, одно из средств ориентации поведения личности или социальной группы в определенных условиях и средство контроля со стороны общества за их поведением [4]. По В.Н. Кудряцеву, социальные нормы – это установленные обществом правила, определяющие устойчивые формы социального взаимодействия людей [13].

В настоящее время существуют несколько подходов к определению понятия «норма» [53]:

- адаптационный – нормальное состояние обеспечивает выживание человека и соответствие его поведения социальным нормам;
- статистический – норма как средний показатель или совокупность средних по ряду признаков;
- ценностный – норма как некий идеал, эталон или мера.

Немаловажным при определении нормы является учет культурно-исторический аспекта, специфики общественного устройства и вариабельности поведения субъекта (индивида), что отражено в социологическом подходе Я.И. Гилинским: «Социальная норма – исторически сложившийся в конкретном обществе предел, мера, интервал допустимого (дозволенного или обязательного) поведения, деятельности людей, социальных групп, социальных организаций» [9, 16]. В естественных и общественных науках норма понимается как предел, мера допустимого; «границы» свойств, параметров системы, при которых она не разрушается и может развиваться [2]. Для физических и биологических систем – это допустимые пределы структурных и функциональных изменений, при которых обеспечивается сохранность объекта и не возникает препятствий для его развития [54]. Значение нормы выражается разными способами – как норма, стандарт, идеал, обычай, закон, правило, порядок, эталон, должное, лад, в то время как несоответствие норме обозначается словами аномалия, хаос, нонсенс, неурядица, брак, нелепость, странность [20].

Оценивая значение норм, Т. Парсонс отмечал, что неслучайно социально-регулятивный механизм представляет собой сложно организованную систему, в которой помимо ценностей, осуществляющих самую общую, стратегическую регуляцию поведения, имеются нормы, которые носят императивный характер и предписывают, указывают, какие поступки должны совершить люди; это своеобразные правила поведения в типичных, и прежде всего повседневных, ситуациях. «Ценности есть не что иное, как представления о желаемом типе социальной системы... Нормы, основная функция которых – интегрировать социальные системы, кон-

кретны и специализированы применительно к отдельным социальным функциям и типам социальных ситуаций. Они не только включают элементы ценностной системы, конкретизированные применительно к типичным ситуациям, но и содержат конкретные способы ориентации для действия» [38]. Социальный контроль, включающий в себя внешний контроль и самоконтроль, представляет собой систему реагирования на поведение индивида с целью упреждения (вытеснения) нежелательного и восстановление нормального (соответствующего нормам) поведения. Эту систему составляют две взаимосвязанные, но относительно независимые подсистемы: 1) отслеживание, наблюдение за поведением людей; 2) воздействие, в том числе санкции [33, 36].

Анализируя норму как объект психологического исследования, М.И. Бобнева выделяет следующие ее характеристики: «предписанность» какому-либо сообществу; связь с ценностями; включенность в ценностно-нормативную систему; соотношение с социальным контролем; интериоризация в сознание членов группы или общности [5]. Особенности современного общества заключаются в том, что нормы не регламентируют в деталях поведение человека, они задают ориентиры человеческого поведения. Выработывая нормы отношений и поведения, члены общества исходят из представлений о «правильном», о «должном», о «необходимом», что определяет внутреннюю монолитность социальных норм и наличие санкций за их нарушение [53].

Норма обычно рассматривается в качестве оценочной категории или как частная разновидность рациональной оценки, противопоставленной оценке эмоциональной, а любая оценка представляется как результат ментального взаимодействия между субъектом оценки и ее объектом, поэтому психологическое изучение проблемы, по мнению А.И. Розова, основано на отношении субъекта к социокультурным нормам [43]. Компонентами оценки являются «субъект – это лицо или группа лиц, приписывающее ценность некоторому объекту; предмет оценки – объект, которому приписывается ценность; основание оценки – это то, с точки зрения чего производится оценивание» [22]. При этом оценке может быть подвергнут любой предмет, попавший в сферу интересов человека. «Оценивается то, что нужно (физически и духовно) человеку и Человечеству», и первое следствие этого состоит в ограничении употребления оценки, «освоенной и осваиваемой частью Вселенной, плодами человеческих рук и мысли, программами жизни и преобразования мира. Нераздельным достоянием оценки является сам человек в его статическом и динамическом аспекте» [3,

20]. Отношение субъекта к нормам определяется как их содержанием, так и внутренним складом самого субъекта: его общей направленностью, интересами, склонностями, ценностными представлениями [43].

Нормы несут важную смысловую нагрузку в плане организации общества и выполняют несколько взаимосвязанных функций, каждая из которых является этапом функционирования [20]:

- отражение обычных, повторяющихся ситуаций, на основании которых складываются представления о норме для объектов данного класса;
- измерение, сравнение оцениваемого явления со «средним положением вещей»;
- систематизация, включение оцениваемого объекта или его отдельных свойств в систему представлений о естественном и закономерном для этого объекта положении дел;
- прогнозирование наиболее вероятного, ожидаемого исхода событий;
- регулирование действий участников ситуации в процессе реализации в соответствии с ее прогнозируемым исходом или с имеющимися у субъекта представлениями о должном.

Функции социальных норм сводятся к утверждению и поддержанию верований и обычаев, а не к их объяснению. По мнению Э. Дюркгейма, функциональная важность нормативного порядка состоит в том, что интегрирующей основой общества является социальная солидарность, возникающая в результате общественного разделения труда и проявляющаяся в общих верованиях, чувствах, ценностях и нормах [18]. По мнению К. Леви-Стросса, необходимо изучать каждое общество, обладающее дуальной организацией, с целью выявить во множестве правил и обычаев общую схему, лежащую в основе всех местных и временных различий [28]. По мнению Т. Парсонса, социальным нормам приписываются два типа функций: во-первых, обеспечение членов общества эталонами, моделями, стандартами поведения; во-вторых, функция стабилизации отношений и интеграции индивидов в социум [15, 55].

С позиции Р. Мертона, поведение индивида следует оценивать по степени соответствия индивидуальных действий культурным целям, требованиям, нормам и институционализированным средствам. На основании того, принимает человек господствующие ценности и средства, отвергает их или заменяет новыми, в поведении можно выделить норму и аномии: инновация, ритуализм, ретризм, мятеж, конформность. Так, приспособление индивида к окружающей среде в форме инновации «возникает, когда индивид ассимилировал акцентирование цели без равнозначного усвоения



институциональных норм, регулирующих пути и средства ее достижения», она появляется в тех ситуациях, когда культура предъявляет к индивидам несовместимые между собой требования: с одной стороны, цели и ценности, а с другой – практические возможности для их достижения в системе ограничений существующим социальным порядком и принадлежностью индивида к конкретной социальной страте. Соответственно, представители некоторых социальных групп могут добиться требуемого эффекта, лишь пренебрегая одобряемыми институциональными средствами. «Тех же, кто прочно интернализировал институциональные ценности, аналогичная ситуация, скорее всего, приведет к противоположной реакции отвержения цели и сохранения соответствия нравам» – ритуализму. Так образуются две противоположные модели поведения, лежащие в основе деструктивных проявлений разного рода – отклоняющееся и виктимное. Возникновение и распространение в обществе инноваций и ритуализма как форм индивидуального приспособления, по мнению Р.К. Мертона, связано с особенностями социализации, ограниченной процессами обучения и воспитания, которые предполагают передачу культурных целей и нравов, характерной исключительно для узкого круга, что позволяет индивидам нижнего социального слоя «пренебрегать институциональными средствами, сохраняя устремленность к успеху», и, напротив, «сам процесс социализации нижнего среднего класса, постоянные дисциплинирующие воздействия родителей, направленные на усвоение детьми “моральных наказов” своего социального слоя, создают максимально предрасположенную к ритуализму структуру характера», при этом ритуальное приспособление имеет менее серьезные последствия негативного характера, чем поведение инновационного типа [32, 51].

Свойством социальных норм является императивность, безусловность, не допускающая иного выбора, которая выражается в степени требовательности к характеру поведения человека, когда оценивается его соответствие социальным нормам. Степень императивности социальной нормы зависит от вида нормы. Наибольшей императивностью обладают, как правило, правовые и моральные нормы, связанные с высоким уровнем чувства ответственности личности. Согласно И. Канту, категорический императив – это всеобщий обязательный нравственный закон, которому должны подчиняться все люди независимо от их происхождения, социального положения; понимание и выполнение моральных и нравственных норм по отношению к другому индивиду или группе является путеводной нитью, которая спасает человечество от самоуничтожения [16, 45].

Еще одним свойством социальных норм, по мнению Я.И. Гилинского, является их относительность, которая состоит в том, что они могут быть различны по своему характеру и содержанию не только в разное время и в разных обществах, но и в одно и то же время в одном обществе, но в разных социальных группах [10].

Структура социальных норм, по мнению В.П. Козырькова, включает [25]:

1) единство количественных и качественных сторон как пространство девиации, при этом количественная сторона выражает меру социального бытия, в пределах которой существуют определенные социальные нормы, при этом возможна направленность на минимум и на максимум, как возможные варианты, стоящие на грани нормального и аномального поведения; качественная сторона социальной нормы выражается в ее системности и социокультурной целостности;

2) ценностные аспекты норм и их негативные формы: норма включает в себя в качестве отдельных сторон определенные образцы поведения как особые ценности, поэтому часто усваивается и применяется на практике латентно, в виде подражания образцам поведения, без соответствующей рефлексии, представляя собой меру допустимых социальных действий и поступков, воспринимаемых обществом одобрительно, и является мерой социального взаимодействия, в пределах которой поведение каждого из его участников базируется на доминирующих ценностях общества и воспроизводит их;

3) моральные аспекты норм и моральные формы девиации: моральная норма есть интериоризированная социальная норма, действующая через внутренние регуляторы поведения личности, которые формируются посредством решения проблем соотношения добра и зла, совести и ответственности, убеждения и раскаяния, чувства справедливости и гуманности; разрушение моральной формы нормы приводит к девиантному поведению в виде аморального поведения и цинизма;

4) императивность социальных норм: выражается в степени требовательности к характеру поведения человека, когда оценивается его соответствие социальным нормам; наибольшей императивностью обладают правовые и моральные нормы, если они связаны с высоким уровнем чувства ответственности личности;

5) эмоциональные и когнитивные стороны социальных норм: знание норм и глубина эмоциональных форм выражения.

Анализ структурных компонентов социальных норм свидетельствует, что девиация может порождаться конфликтом между различными элементами нормы, неразвитостью отдельных ее компонентов или даже отсутствием некоторых элементов вообще. Следовательно, природа девиации обусловлена уровнем развития социальных норм, способом их функционирования в обществе, а исток девиации – в характере социальных норм, а не в их количестве.

Антиподом нравственного общества, по мнению Э. Дюркгейма, является аномия как состояние общества, при котором отсутствует четкая регуляция поведения индивидов, моральный вакуум, когда старые нормы и ценности уже не соответствуют реальным отношениям, а новые еще не утвердились [17]. По мнению Р. Будона, аномия имеет место, когда действия индивида больше не регулируются четкими и обязательными нормами, а основной причиной отклонения от нормы в современном обществе является именно аномия [12]. Постепенное ослабление социального контроля, вызванное недостаточной социальной и моральной интеграцией, ведет к индивидуализму, который называют болезнью современного мира. Д. Плахов считает, что в чистом виде аномии не встречаются, так как в массе случайных проявлений всегда обнаруживаются некоторые вероятностные закономерности или нормы, а любую норму сопровождает и дополняет аномия [41]. Поскольку в аномии всегда имеются элементы нормативного, то в качестве антипода нормы будет выступать не аномия, а аномалия – отклонение от нормы, но не в сторону безнормия, а в сторону другой нормы. Аномия – это нравственно-психологическое состояние индивидуального и общественного сознания, характеризующееся разложением системы ценностей, вызванное противоречием между провозглашенными целями (богатство, власть) и невозможностью их достижения законными средствами; когда легальные средства достижения социально значимых целей отсутствуют, возникает соблазн их достижения нелегальными средствами. Аномальные образования не являются безнормативными, а являются нормами, не отвечающими историческому и культурному развитию конкретного общества, таким образом, нормы относительны [16]. Развитие личности заключается в преодолении нормативности, в стремлении выйти за пределы заданных границ, но при этом не нарушать заданные нормы, а предвосхищать их, считает А.С. Ширяева. Способность всегда приспосабливаться к новым условиям может свидетельствовать о моральной и эмоциональной неразвитости, о несформированной иерархии ценностей и

жизненной позиции, существовании без простора для самореализации и творчества [53].

Девиации могут быть полезны, прогрессивны, тогда как термин «патология» воспринимается как нечто отрицательное, нежелательное. И.П. Павлов, И.В. Давыдовский рассматривали болезнь как вариант нормы, а так называемые патологические процессы и болезни – как особенности приспособительных процессов [2]. В.И. Зубков описывает акцентуации, представляющие собой чрезмерное усиление отдельных черт характера, как предел психической нормы [21]. В отечественной медицине норму и отклонение от нее – «здоровье» и «болезнь» – рассматривают как крайние состояния на динамичном континууме, область между границами которых занимают «пограничные состояния» [1, 23, 24, 27, 30, 44, 49]. Граница между нормальным и аномальным типами реагирования определяется возникновением и нарастанием тревоги и страха, сначала контролируемые, а впоследствии уже нет; появлением и нарастанием дезадаптированности; отрывом неадекватного, ригидного, стереотипного типа реагирования от вызвавшей их психотравмирующей ситуации; усилением индивидуальной заостренности черт характера. В отношении характерологических нарушений принято выделять скрытую акцентуацию характера, явную акцентуацию, психопатическую личность [1, 30]. В целом в медицине рассматривают нормальное, переходное, аномально-пограничное и личностно-патологическое состояния человека. Первые два, как правило, относятся к «психическому здоровью», а два других – к «болезни» [7].

При анализе понятия «норма» Р.А. Назмутдинов отмечает, что наличие системы социальных норм дает возможность выделять нормальное и ненормальное. Норма и отклонения от этой нормы являются парными категориями, так как норма и отклонения всегда подразумевают друг друга. Отклонение не может быть без соответствующей нормы, но и норма не имеет смысла без отклонений от нее или без возможности таких отклонений [34, 53]. Установленная норма не всегда удовлетворяет потребности большинства членов общества, так как социальное поведение регулируется ведущим классом общества, который и является ее автором [16].

Правоведы предлагают дифференцированный подход в понимании норм, регулирующих поведение человека, что позволяет сделать его инвариантным. По мнению О.Г. Соловьева, правовые нормы существуют для того, чтобы целенаправленно воздействовать на волю и сознание людей, побуждая их вести себя так, как предписывает законодательство, регулировать общественные отношения [46]. Ю.А. Тихомиров считает, что пра-

новые нормы служат моделью правового поведения, с которой коррелируют психологические модели и реальные действия:

- принцип права – нормативно-ценностный критерий;
- цель – нормативный ориентир;
- «во исполнение закона» – правореализация, нормы–отсылки;
- «на основе закона» – правореализация с набором средств;
- «принимает решения» – допущение выбора;
- «обязан» – императивность исполнения;
- «может» – альтернативность действий;
- «саморегулирование» – свобода выбора и действий;
- «запрет» – правовое предостережение;
- «санкция» – мера ответственности;
- «стандарт» – количественная мера или действие.

Использование юридических формул способствует повышению уровня правомерного поведения и предотвращает ошибки, порождающие неправомерное поведение, адресаты норм должны правильно их воспринимать, оценивать и совершать поведенческие акты на свое усмотрение, исходя из принципов соответствия и целесообразности [48].

Под социальной нормой понимают спонтанно сложившуюся в обычаях и традициях или сознательно установленную законодателем меру обязательного, дозволенного или запрещенного поведения людей или социальных систем, поэтому категорию «девиантное поведение» определяют как отклонение от любой социальной нормы, существующей в обществе или социальном институте. При этом в качестве «нормы» используют ожидания (экспектации) соответствующего поведения, или эталоны, образцы поведения, а девиантными могут быть не только действия, но и идеи, взгляды [26].

### ***Отклонения в поведении как «подвижное равновесие» принятых социальных норм***

Девиантное поведение нередко связывают с реакцией общества на него и тогда определяют девиацию как отклонение от групповой нормы, которое влечет за собой изоляцию, лечение, тюремное заключение или другое наказание нарушителя. Именно отклонения как всеобщая форма изменений обеспечивают «подвижное равновесие» (А. ле Шателье) или «устойчивое неравновесие» (Э. Бауэр) системы, ее сохранение, устойчивость через изменения – эволюционные, способствующие развитию, совершенствованию, повышению степени организованности, адаптивности,

и инволюционные. Так как все живое смертно, инволюционные, энтропийные процессы закономерны и неизбежны. В этом смысле девиация есть прорыв тотальной жизнедеятельности сквозь социальную форму [2].

Для объяснения феномена отклоняющегося поведения Е.Н. Веретко применяет следующие критерии определения поведения в норме [11]:

- статистический – позволяет определить норму для любого явления с помощью подсчета частоты, с которой оно встречается в популяции; тогда нормально все то, что встречается часто, т. е. не реже чем в 50 % случаев, а конкретная форма поведения может признаваться нормальной, если она встречается у большинства людей;

- социально-нормативный – в качестве нормального рассматривает поведение, соответствующее требованиям общества в данное время, воспринимается как нормальное и одобряется, тогда отклоняющееся поведение должно противоречить основным общественным установкам и ценностям;

- индивидуально-психологический – отражает всевозрастающую ценность каждой личности и ее индивидуальности, современные требования к человеку не ограничиваются его способностью выполнять социальные предписания, но предполагают также самопознание и самобытие личности.

Исходя из этого, поведение, не выходящее за рамки принятых социальных норм, не связанное с болезненным расстройством, характерное для большинства людей, рассматривают в психолого-педагогической науке как нормативное, тогда отклоняющееся поведение выражается в отклонении от социально-психологических, нравственных и правовых норм; может рассматриваться как нарушение процесса саморазвития и самореализации личности в данном обществе; иногда выступает в качестве формы взаимоотношений личности и общества [6]. В социально-поведенческой плоскости нормы проявляются в виде культурных образцов – устойчивых поведенческих моделей и конфигураций связей людей друг с другом, с предметной и природной средой, которая обуславливается определенными типами ситуаций и предписанным поведением в них человека.

По мнению Д.В. Шамсутдиновой, точкой отсчета в процессе определения границ и форм девиации являются нормы – выработанные культурой запреты и предписания, исполнение которых необходимо для совместного существования и выживания человека и социума. Нормы выстраиваются на основе бинарной оппозиций: можно – нельзя, положено – не положено, принято – не принято. Норма содержит в себе плюс и минус, указывает на должное и запрещенное, фиксирует границы общепринятого, регламенты, стереотипы мысли и поведения. Социальные нормы проявля-

ются в виде правил, выражающих требования общества, социальной группы к поведению личности, группы в их взаимоотношениях друг с другом, социальными институтами, обществом в целом. Регулирующее воздействие норм состоит в том, что они устанавливают границы, условия, формы поведения, характер отношений, цели и способы их достижения. Нормы предусматривают эталоны должного как в виде общих принципов поведения, так и в форме конкретных его параметров. Нарушение норм вызывает негативную реакцию со стороны социальной группы, общества, его институциональных форм, направленную на преодоление отклоняющегося поведения [52].

В.Н. Кудрявцев отмечал, что нормы определяют основные цели, границы, условия и формы поведения в наиболее важных областях жизни. Социальная норма закрепляет большей частью такое поведение, которое выражает типичные социальные связи и отношения, характерно для большинства представителей данного класса или социальной группы, одобряется ими и встречается наиболее часто, а отклонение от социальной нормы происходит тогда, когда, с позиций данного субъекта, образуется неразрешимое иным путем противоречие между конкретной жизненной ситуацией и социальной нормой, предписывающей или запрещающей определенное поведение [8, 37, 47]. В.М. Димов видит границу, отделяющую норму от девианта, в разрушающем воздействии отрицательных явлений, которое являет собой реальную угрозу социальному выживанию человека [14, 40]. По мнению Ю.В. Георгиевской, размытость современных норм, их неубедительность и противоречивость делают проблему определения девиантности чрезвычайно сложной. Потеря социальных ориентиров, социальной опоры, привычного образа жизни вызывает у людей растерянность, неопределенность и утрату веры в будущее, толкает их на различные политические и идеологические действия крайнего толка, создает предпосылки для экстремистских проявлений [8].

Отклоняющееся от принятых в обществе норм поведение вплоть до середины XX в. рассматривалось преимущественно с негативной точки зрения и определялось как девиантное и дезадаптивное поведение. При этом общим для определения отклоняющегося или девиантного поведения является отклонение от принятых в данном социуме норм и правил поведения, совершаемых в рамках психического здоровья (А. Адлер, Э. Дюргейм, Ч. Ломброзо, Р. Мертон, К. Прайс, Х. Шелдон, С.А. Беличева, И.А. Кудрявцев, А.Е. Личко и др.). Понятие «девиантное (отклоняющееся) поведение» связано с понятием «норма». В.Д. Менделевич подчеркивает,

что девиация – это граница между нормой и патологией, крайний вариант нормы [31]. П.Б. Ганнушкин, Л.С. Выготский, В.Т. Кондрашенко отмечают, что не существует точных границ между нормальным и ненормальным поведением [48]. В этой связи представляют интерес исследования в области сверхнормативного поведения, которое является противоположностью отклоняющегося поведения, по мнению А.С. Ширяевой, и предполагает выход за пределы существующей нормы с ее преобразованием (А.Г. Асмолов, Р.С. Немов, А.В. Петровский, В.А. Петровский). Позитивные отклонения от существующих в социуме норм – альтруистическое, просоциальное, помогающее поведения – начинают активно изучаться в 1960–1980-х гг. (В. Билски, Д. Берковиц, В. Джеймс, В. Зандер, К. Маслач, Л. Мерфи, Э. Пайнс, В.К. Стауб, А.С. Асмолов, Б.С. Братусь, Ф.Е. Василюк, Т.П. Гаврилова, В. Н. Куницына, Н. В. Кухтова, А.Н. Леонтьев, Р.С. Немов, А.В. Петровский, В. А. Петровский, Д.И. Фельдштейн, И.М. Юсупов, В.А. Ядов и др.) [53].

Многообразие социальной реальности, социальных потребностей порождает и многообразие норм [52]:

- по субъекту активности выделяют общечеловеческие нормы, нормы общества, групповые, коллективные;
- по радиусу действия – нормы общечеловеческие, национальные, классовые, групповые, межиндивидуальные (или общие и локальные);
- по объекту или сфере деятельности – нормы, действующие в области определенных видов отношений: политические, экономические, эстетические, религиозные;
- по содержанию – нормы, регулирующие имущественные отношения, общение, обеспечивающие права и свободы личности, регламентирующие деятельность учреждений, взаимоотношения между государствами;
- по месту в нормативно-ценностной иерархии социума – нормы основополагающие и второстепенные, общие и конкретные;
- по форме образования и фиксации – жестко фиксированные и гибкие;
- по способу обеспечения – опирающиеся на внутреннее убеждение, общественное мнение или на принуждение, на силу государственного аппарата;
- по функциям – нормы оценивающие, ориентирующие, контролирующие, регламентирующие, карающие, поощряющие;
- по степени устойчивости – нормы традиционные (опирающиеся на социальную привычку, на обычай, традиции) и ситуативные.



По мнению Д.В. Шамсутдиновой, категоричность нормы обусловлена различными контекстами – историческим, конфессиональным, этническим, возрастным, бытовым, профессиональным (в частности, корпоративные нормы могут не совпадать с нормами социума) [52]. В отличие от естественных норм протекания физических и биологических процессов, социальные и культурные нормы складываются как результат адекватного или искаженного отражения в сознании и поступках людей закономерностей функционирования общества. Поэтому данные нормы могут либо соответствовать законам общественного развития, и тогда они являются «естественными», либо отражать их неполно, неадекватно, являясь продуктом искаженного, идеологизированного, политизированного, мифологизированного отражения объективных закономерностей, и тогда оказывается аномальной сама «норма», «нормальны» же отклонения от нее [2]. Те или иные виды, формы, образцы поведения «нормальны» или «девиантны» только с точки зрения сложившихся установленных социальных норм в данном обществе в данное время, «здесь и сейчас»; поведение, «нормальное» при одном наборе культурных установок, будет расценено как «отклоняющееся» при другом. Существование нормы и отклонений неизбежно, они неразрывно связаны между собой, и только совместное их изучение способно объяснить исследуемые процессы. «Порядок и беспорядок сосуществуют как два аспекта одного целого и дают нам различное видение мира» [42].

Таким образом, можно принять за основу определение Я.И. Гилинского: «Социальная норма – это формализованный или неформализованный предел, мера допустимого, дозволенного или должного поведения, деятельности людей, социальных групп и сообществ, исторически и культурно сложившиеся в конкретном обществе, необходимые для сохранения и изменения системы» [16]. Нельзя приравнивать социальные нормы к естественным объективным закономерностям (например, у Аристотеля, И. Канта и др.), саморегулирующимся и самоуправляемым системам, алгоритмам передачи генетической информации и мотивам, а их присвоение индивидом сводить к выработке навыков и привычек: призванные содействовать сохранению культурных и общественных завоеваний человечества, а также обеспечить выполнение индивидами и сообществами общечеловеческих, гражданских, семейных и других обязанностей, нормы формулируют долговременные и даже пожизненные требования, происхождения, содержание и назначение которых комплексно изучается многими общественными и гуманитарными науками [5, 46, 54, 50].

### *Заключение*

Таким образом, анализ литературы показывает, что традиционно в обществе нормы зафиксированы в виде ритуалов, обычаев и общекультурных ценностей, хотя современный уровень развития общества, активное использование средств массовой информации и информационных технологий провоцируют как скорейшее распространение норм в обществе, так и противоположную тенденцию – безнормие, или аномию, приводящую к беспорядкам и хаосу. Во многом это зависит от состояния базовых социальных политических, экономических, социокультурных институтов, которые не могут или не ставят своей главной целью баланс интересов общества, социальных групп и индивидов, что не позволяет избежать войн, вооруженных конфликтов, террористических актов, техногенных аварий, преступности, безработицы, бедности, правонарушений, более того, негативные явления и процессы в обществе только нарастают. Кроме того, возможно формирование негативного отношения к нормам при их несоответствии актуальным условиям, угрозе свободе и ограничении возможностей реализации актуальных потребностей личности.

В связи с тем что ослабление норм влечет за собой потерю связей между людьми и грозит обществу дезинтеграцией, важно учитывать следующее: социальная норма регулирует только такое поведение, которое имеет общественный характер, т. е. связано со взаимоотношениями между индивидами, коллективами, классами, обществом. При определении девиации чаще всего используются сопряженные понятия «патология» и «норма». Индикатором в проведении грани между нормой и девиацией может послужить соотношение категорий «добра» и «зла», «преступника» и «жертвы» [2, 15, 43].

### *Литература*

1. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства: руководство для врачей / Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
2. *Апина Г.В.* О понятиях «девиация», «девиантность», «девиантное поведение» / Г.В. Апина // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А.И. Герцена. – 2009. – № 118. – С. 119–123.
3. *Арутюнова Н.Д.* Язык и мир человека / Н.Д. Арутюнова. – М. : Яз. рус. культуры, 1999. – 896 с.

4. *Асмолов А.Г.* Историко-эволюционный подход к пониманию личности: проблемы и перспективы исследования / А.Г. Асмолов // *Вопр. психологии.* – 1986. – № 1. – С. 28–40.

5. *Бобнева М.И.* Социальные нормы и регуляция поведения / М.И. Бобнева. – М. : Наука. – 1987. – 312 с.

6. *Веретко Е.Н.* Отклоняющееся поведение как предмет психолого-педагогических исследований / Е.Н. Веретко // *Вестн. Тамбов. гос. техн. ун-та.* – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 217–220.

7. *Воронина А.В.* Проблема психического здоровья и благополучия человека: обзор концепций и опыт структурно-уровневого анализа / А.В. Воронина // *Сиб. психол. журн.* – 2005. – № 21. – С. 142–147.

8. *Георгиевская Ю.В.* Российский опыт исследований социальных девиаций / Ю.В. Георгиевская // *Гуман. исслед.* – 2007. – № 2. – С. 10–16.

9. *Гилинский Я.И.* Девиантность, преступность, социальный контроль: избр. ст. / Я.И. Гилинский. – СПб. : Юрид. центр Пресс, 2004. – 322 с.

10. *Гилинский Я.И.* Девиантология: социология преступности, наркотизма, проституции, самоубийств и других отклонений / Я.И. Гилинский. – СПб. : Юрид. центр Пресс, 2004. – 520 с.

11. *Головин С.Ю.* Словарь практического психолога / С.Ю. Головин. – Минск : Харвест ; М. : АСТ, 2003. – 800 с.

12. *Деболт Дж. У.* Причины и следствия неудач модернизации в России: социокультурный анализ / Дж. У. Деболт // *СОЦИС.* – 2006. – № 1. – С. 24–25.

13. *Дергачева О.Е.* Личностная автономия как предмет психологического исследования [Электронный ресурс] : дис. ... канд. психол. наук / Дергачева О.Е. – М., 2005. – 162 с. – URL: <http://dlib.rsl.ru/information.php> (дата обращения: 01.05.2011 г.).

14. *Димов В.М.* Проблемы девиантного поведения российской молодежи (социологический аспект) / В.М. Димов // *Вестн. Моск. ун-та. Сер. 18: Социология и политология.* – 1997. – № 3. – С. 45–55.

15. *Добрин К.Ю.* Социальная норма в традиционном и современном обществе / К.Ю. Добрин // *Вестн. Поволж. акад. гос. службы.* – 2011. – № 1. – С. 116–121.

16. *Добрин К.Ю.* Феномен социальной нормы / К.Ю. Добрин // *Вестн. Саратов. гос. техн. ун-та.* – 2011. – Т. 3, № 1. – С. 248–254.

17. *Дюркгейм Э.* Норма и патология / Э. Дюркгейм // *Рубеж: альманах соц. исслед.* – 1992. – № 2. – С. 82–88.

18. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда // Западноевропейская социология XIX–XX веков / Э. Дюркгейм. – М. : Междунар. ун-т бизнеса и управления, 1996. – С. 256–308.

19. Ерофеева Е.В. Норма: социопсихологический и статистический аспекты / Е.В. Ерофеева // Вестн. Перм. ун-та. Сер.: Рос. и заруб. филология. – 2011. – № 4. – С. 60–65.

20. Ефанова Л.Г. Норма как функционально-оценочная категория и способы ее представления в языке. Ч. 1. Структура нормативной оценки / Л.Г. Ефанова // Вестн. Томск. гос. пед. ун-та. – 2008. – № 2. – С. 41–44.

21. Зубков В.И. Детерминанты девиантного поведения / В.И. Зубков // Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы: тез. докл. и выступ. на II всерос. соц. конгр. : в 3 т. – М. : Альфа-М, 2003. – Т. 2. – С. 761–763.

22. Ивин А.А. Логика и ценности / А.А. Ивин // Мышление, когнитивные науки, искусственный интеллект / Центр. совет. филос. семинаров при Президиуме АН СССР. – М., 1988. – С. 39–47.

23. Исаев Д.Н. Неврозы у детей: дискуссионные аспекты / Д.Н. Исаев, В.Е. Каган // Психогенные заболевания : тр. по медицине. – Тарту, 1987. С. 54–63.

24. Карвасарский Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 448 с.

25. Козырьков В.П. Природа девиаций и структура социальных норм / В.П. Козырьков // Вестн. Нижегород. ун-та им. Н.И. Лобачевского. Сер.: Соц. науки. – 2004. – № 1. – С. 164–175.

26. Крылова М.А. К вопросу о категориях девиантного поведения / М.А. Крылова // Вестн. Тамбов. гос. ун-та. Сер.: Гуманит. науки. – 2001. – № 3. – С. 31–32.

27. Лакосина Н.Д. Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение / Н.Д. Лакосина, М.М. Трунов. – М. : Медицина, 1994. – 192 с.

28. Леви-Строс К. Структурная антропология / К. Леви-Строс. – М. : Эксмо-Пресс, 2001. – 512 с.

29. Леонтьев Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова – М. : Смысл, 2006. – 43 с.

30. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л. : Медицина, 1983. – 208 с.

31. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения / В.Д. Менделевич. – СПб. : Речь, 2008. – 445 с.

32. *Мертон Р.К.* Социальная структура и аномия / Р.К. Мертон // СОЦИС. – 1992. – № 3. – С. 89–105.

33. *Михайлов А.П.* Теоретико-методологические основания явления девиации / А.П. Михайлов // Вестн. Адыг. гос. ун-та. – 2005. – № 2. – С. 156–160.

34. *Назмутдинов Р.А.* Влияние ценностно-потребностной сферы личности на ее осложненные формы поведения [Электронный ресурс] : дис. ... канд. психол. наук / Назмутдинов Р.А. – Новосибирск, 2003. – 214 с. – URL: <http://dlib.rsl.ru/information.php>? (дата обращения: 10.07.2011 г.).

35. *Николаева Н.В.* Научный анализ проблемы девиантного поведения детей: социально-педагогический подход / Н.В. Николаева // Сред. проф. образование. – 2010. – № 8. – С. 39–42.

36. Общая социология : учеб. пособие / под ред. А.Г. Эфендиева. – М. : Инфра-М, 2002. – 654 с.

37. Основания уголовно-правового запрета. Криминализация и декриминализация / Дагель П.С., Злобин Г.А., Келина С.Г. [и др.] ; отв. ред.: Кудрявцев В.Н., Яковлев А.М. – М. : Наука, 1982. – 303 с.

38. *Парсонс Т.* Система современных обществ / Т. Парсонс. – М. : Аспект Пресс, 1998. – 270 с.

39. *Пеньков Е.М.* Социальные нормы: управление, воспитание, поведение / Е.М. Пеньков. – М. : Высш. шк., 1990. – 96 с.

40. *Петрусевич Д.Ф.* Сущностные характеристики девиантного поведения подростков / Д.Ф. Петрусевич // Вестн. Томск. гос. пед. ун-та. – 2011. – № 6. – С. 195–198.

41. *Плахов В.Д.* Социальные нормы: философские основания общей теории / В.Д. Плахов. – М. : Мысль, 1985. – 253 с.

42. *Пригожин И.Р.* Философия нестабильности / И.Р. Пригожин // Вопр. философии. – 1991. – № 6. – С. 46–52.

43. *Розов А.И.* Некоторые психологические вопросы проблематики социокультурных норм / А.И. Розов // Вопр. психологии. – 1990. – № 5. – С. 112.

44. *Свядоц А.М.* Неврозы (руководство для врачей) / А.М. Свядоц. – СПб. : Питер Паблишинг, 1997. – 448 с.

45. Современный словарь иностранных слов. – М. : Рус. яз., 1993. – 740 с.

46. *Соловьев О.Г.* Некоторые теоретические аспекты применения и реализации уголовно-правовых норм / О.Г. Соловьев // Вестн. Ярослав.

гос. ун-та им. П.Г. Демидова. Сер.: Гуманит. науки. – 2011. – № 2. – С. 71–74.

47. Социальные отклонения / В.Н. Кудрявцев, С.В. Бородин, В.С. Нерсесянц, Ю.В. Кудрявцев. – М. : Юрид. лит., 1989. – 368 с.

48. *Тихомиров Ю.А.* Поведение и общественное право / Ю.А. Тихомиров // Журн. рос. права. – 2011. – Т. 2, № 170. – С. 5–11.

49. *Ушаков Г.К.* Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М. : Медицина, 1987. – 304 с.

50. *Чавчавадзе Н.З.* Культура и ценности / Н.З. Чавчавадзе. – Тбилиси : Мецниереба, 1984. – 171 с.

51. *Шакурова А.В.* Системно-деятельностный подход к структуре поведения / А.В. Шакурова // Совр. исслед. соц. пробл. (электрон. журн). – 2011. – Т. 8, № 4. – С. 28–28.

52. *Шамсутдинова Д.В.* Девиантное поведение как социально-культурный феномен и предмет педагогики / Д.В. Шамсутдинова // Вестн. Казан. гос. ун-та культуры и искусств. – 2010. – № 4. – С. 9–13.

53. *Ширяева А.С.* Феномен сверхнормативного поведения личности в отечественной и зарубежной психологии / Ширяева А.С. // Вестн. КРА-УНЦ. Сер.: Гуманит. науки. – 2011. – № 2 (18). – С. 34–44.

54. *Czerwinski M.* Kultura i jej badanie / M. Czerwinski. – Wrocław: Osolineum, 1985. – 239 p.

55. *Parsons T.* The Social System / T. Parsons. – New York: Free Press, 1951. – 552 p.

**АЛГОРИТМЫ ПОИСКА МАТЕРИАЛОВ ДИССЕРТАЦИОННЫХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ ПО НАУЧНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ 14.01.06 –  
«ПСИХИАТРИЯ» И 19.00.04 – «МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»**

Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины  
им. А.М. Никифорова МЧС России;  
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический  
институт им. В.М. Бехтерева;  
Северо-Западный государственный медицинский университет  
им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

***Введение***

Диссертация (лат. «dissertatio» – рассуждение, исследование) – вид индивидуального исследовательского труда, который представляется для публичной защиты в диссертационном (ученом) совете с целью получения ученой степени кандидата или доктора наук. Содержание диссертации должно соотноситься с паспортом специальности [6] и Номенклатурой специальностей научных работников [5].

Содержанием научной специальности 14.01.06 – «Психиатрия» является изучение клинических, социально-психологических и биологических основ психических заболеваний, их клинических проявлений, патогенеза, лечения, профилактики и реабилитации психических больных.

Содержание специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» заключается в:

- изучении общих и частных психологических закономерностей изменений и восстановления психической деятельности при различных патологических состояниях и аномалиях развития;
- выявлении закономерностей влияния психических факторов на укрепление здоровья и формирование установок на здоровый образ жизни;
- анализе и выявлении психических факторов, влияющих на возникновение, течение и преодоление болезней и других стойких состояний дезадаптации, на успешную социально-трудовую реабилитацию;
- повышении адаптационных ресурсов личности, гармонизации психического развития и межличностных отношений в процессах предупрежде-

дения заболеваний, собственно патологии, восстановительного лечения и реабилитации;

– изучении особенностей деятельности психологов в сфере здравоохранения (диагностика, экспертиза, психотерапия, психологическая коррекция, консультирование и др.);

– разработке, адаптации и изучении эффективности методов психологической диагностики и психологического вмешательства;

– анализе направлений и этапов развития медико-психологических исследований.

ВАК Минобрнауки РФ разрешил принимать к рассмотрению диссертации по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» 8 докторским и 1 кандидатскому диссертационному совету, по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» 7 докторским советам (см. таблицу). Сведения об учреждениях, при которых созданы диссоветы, помогут заинтересованным пользователям отыскать полнотекстовые электронные ресурсы авторефератов диссертаций.

*Диссертационные советы России, принимающие к рассмотрению работы на соискание ученой степени кандидата и доктора наук (на 14.11.2012 г.) [9]*

Шифр совета	Отрасль науки	Учреждение, при котором создан совет
<i>14.01.08 – «Психиатрия»</i>		
Д 208.040.07	14*	Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Д 001.030.01	14	Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения Российской академии медицинских наук
Д 001.028.01	14	Научный центр психического здоровья Российской академии медицинских наук
Д 208.093.01	14	Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Д 208.041.05	14	Московский государственный медико-стоматологический университет
Д 215.002.04	14	Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
Д 208.044.01	14	Московский научно-исследовательский институт психиатрии
Д 208.024.01	14	Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского
К 730.001.04	14	Кыргызско-Российский славянский университет
<i>19.00.04 – «Медицинская психология»</i>		
Д 208.093.01	14	Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева
Д 208.041.05	14	Московский государственный медико-стоматологический университет



Д 501.001.15	19**	Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова
Д 212.232.22	19	Санкт-Петербургский государственный университет
Д 212.199.25	19	Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена
Д 212.267.16	19	Томский государственный университет
Д 205.001.02	19	Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России

\*14 – медицинские науки; \*\*19 – психологические науки.

В предыдущих наших публикациях показаны динамика и структура материалов диссертаций по научным специальностям 14.01.06 – «Психиатрия» [2] и 19.00.04 – «Медицинская психология» [1]. Цель данной статьи – разработать оптимальный алгоритм информационного поиска авторефератов диссертаций в электронных базах данных (БД) крупных библиотек и ведущих научных учреждениях страны.

### ***Материалы и методы***

Объект исследования составил массив материалов отечественных диссертационных исследований за 2000–2011 гг., предмет – алгоритм их поиска. Для поиска использовали государственный библиографический указатель «Летопись авторефератов диссертаций» [3] и электронные каталоги Российской государственной библиотеки (РГБ) [11], Российской национальной библиотеки (РНБ) [10] и Центральной научной медицинской библиотеки (ЦНМБ) [8].

Указанные библиотеки входят в состав учреждений реферативно-библиографического обслуживания Государственной системы научной и технической информации, ведут учет и хранение обязательных экземпляров печатной продукции [4], в том числе авторефератов диссертаций. Кроме того, согласно Приложению 5 «Положения о совете...» [7], они включены в список обязательной рассылки авторефератов диссертаций.

Государственный библиографический указатель «Летопись авторефератов диссертаций» выходит в свет ежемесячно. Информация представляется в указателе со значительным опозданием и может быть использована только для ретроспективного анализа потока документов. Недостатком указателя является также расположение авторефератов по укрупненным разделам отраслей наук, а не по шифрам научных специальностей. Например, для поиска работ по медицинской психологии необходимо просматривать все диссертации по психологии и медицине.

На рис. 1 представлен алгоритм поиска материалов диссертационных исследований в электронном каталоге «Авторефераты диссертаций» РГБ. В каталоге авторефератов диссертаций (см. рис. 1, п. 1) использовали сложный поиск, который позволял вносить несколько поисковых выражений (см. рис. 1, п. 2). В нашем случае – это выражения «140018» и «190004». Особенностью научного поиска по шифру номенклатуры специальностей здесь является то, что шифр представляется без разделительных точек, специальность 14.00.18 указывается как 140018.

Знаком усечения в каталоге является знак вопроса (?). Например, задав в окошечке «Год» (см. рис. 1, п. 2) выражение 199?, будет способствовать группировке документов издания с 1990 по 1999 г. В представленном примере (см. рис. 1, п. 2) видно, что в фондах хранения РГБ за 1994 г. находятся 42 автореферата диссертаций по специальности 14.00.18 – «Психиатрия» и 14 – по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология».

В отличие от других электронных БД, в каталоге РГБ в библиографической записи ученые степени и отрасли наук диссертационных исследований указываются полностью, например, «кандидата медицинских наук», «доктора психологических наук» и т. д. При анализе отраслей наук и ученых степеней работ по определенной научной специальности предпочтительнее использовать электронный каталог РГБ.

Активировав общее количество найденных документов (см. рис. 1, п. 2), переходили на окно кратких библиографических записей (см. рис. 1, п. 3). БД авторефератов можно группировать по автору, заглавию или году издания. В последнем случае в пределах года авторефераты группируются по алфавиту авторов. Порциями по 10 документов просматривали представленные краткие записи и отмечали те, для которых затем выводили полное библиографическое описание, нажав на функцию «См. выбранное». В окне «Просмотр записи» использовали опцию «Карточка» – электронную карточку библиографического описания (см. рис. 1, п. 4).

**РОССИЙСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ БИБЛИОТЕКА**  
**Единый электронный каталог**

Каталог книг (с 1831 г.)  
 Каталог авторефератов диссертаций (с 1987 г.)  
 Каталог диссертаций (с 1995 г.)

**Каталог авторефератов диссертаций**

Простой поиск   
  По сочетанию полей   
  По сочетанию баз   
  Сложный поиск

**Сложный поиск**

Элементы записи для поиска:    
 Введите слово или сочетание слов:    
 Сочетание слов?  Нет  Да   
 Количество записей: 42

Все элементы:    
 Нет  Да   
 Количество записей: 14

Все элементы:    
 Нет  Да   
 Количество записей: 6

**Создание набора записей:**    
**Выбранные записи:**

**Результат для**  
 Номер спе= (140018)  
 AND слова= (190004)

**Отсортировать по: автору заглав. году**  
 Записи 1–10 из 14

**Ограничение поиска:**    Год:   
 Язык:     Место хранения:

№	Автор	Заглавие	Вых. дан.
9	<input type="checkbox"/> Пенюгин, Андрей Витальевич	Половые особенности клинико-психологических факторов в терапии злоупотребляющих производными эфедрина : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.45; 19.00.04	Санкт-Петербург, 1994
10	<input checked="" type="checkbox"/> Подсадный, Сергей Александрович	Использование видеотехники в психотерапии больших неврозами : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.18; 19.00.04	Санкт-Петербург, 1994

**Просмотр записи**  
**Выберите форму вывода записи:**  Стандартный   
 Карточка   
 Список   
 С именами элементов


Запись 3 из 17  
 Подсадный, Сергей Александрович  
 Использование видеотехники в психотерапии больших неврозами : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.18; 19.00.04 / Психоневрологич. ин-т им. В.М. Бехтерева. – Санкт-Петербург, 1994 – 23 с.  
 ББК: Р645.093.3-57с05.0  
 Тема: Психиатрия.  
 Медицинская психология  
 Шифр: [ФБ Осн. хран.] 9 94-2/2817-1

*Рис. 1. Алгоритм поиска авторефератов диссертаций в электронном каталоге РГБ*

Алгоритм поиска авторефератов диссертаций в электронном каталоге ЦНМБ представлен на рис. 2. Использовали БД «Российская медицина» (рис. 2, п. 1). Для входа в БД применили опцию «Свободный вход» (см. рис. 2, п. 2). Поиск проводили в профессиональном режиме. Использовали усеченные поисковые выражения в опции (FT) «Все поля»: автореф\*, 19.00.04

и год публикации автореферата (200\*), сгруппированные операторами присоединения «И» (см. рис. 2, п. 3). К сожалению, опции (SP) «Код специальности» и (PY) «Год публикации» в программе поиска были неактивными.



**ЦНМБ**

**ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.М.Сеченова**

**Центральная научная медицинская библиотека**

http://www.scsm.l.rssi.ru

БД «Российская медицина»  
Свободный вход:  
**ВХОД**

**ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ**

Электронный каталог «Российская медицина»

**OPAC - Global**

**Поиск**

Базовый | Расширенный | **Профессиональный**

База данных **Российская медицина**

Область поиска: **Значение**

Год публикации:

Заглавие:

Автор, редактор:

Операторы:

Поисковое выражение: **(FT автореф\*) AND (FT 19.00.04) AND (PY 200\*)**

Ограничения по форме содержания:

Порциями по

Сортировать по **OPAC - Global**

Год публ.	Номер поиска	Запрос	Найдено записей
Нет			
Год публ.	2	Российская медицина (FT автореф*) AND (FT 19.00.04) AND (PY 200*)	125

Вернуться к поиску

Отметить все  35  **Автореф. Григорьев Г. И., Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии : автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. Код спец. 05.26.02; 19.00.04. – 2004. Шифр 02-80075**

Снять выделение

Формат вывода:

**Показать**

История поисков  36  **Автореф. Гунбин Ю. Г., Комплексная клиническая и патопсихологическая диагностика гипертонической энцефалопатии : автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук. Код спец. 14.00.13; 19.00.04. – 2003. Шифр 02-70431**

Вернуться к поиску

02-80075

**Григорьев, Григорий Игоревич.**

Кризисно-реабилитационная помощь при наркоманиях на основе стрессовой психотерапии : автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук. : код спец. 05.26.02 : 19.00.04 / Григорьев Г.И. ; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины МЧС России, Междунар. ин-т резерв. возможностей человека. – Санкт-Петербург, 2004. – 47 с. Библиогр.: с. 40-47 (94 назв.).

Рис. 2. Алгоритм поиска авторефератов диссертаций в электронном каталоге ЦНМБ

Знаком сокращения поисковых слов в каталоге является звездочка (\*). Например, по сокращенному слову автореф\* при поиске будут найдены документы со словами: автореферат, автореферата и пр. Если поисковые слова соединяются операторами присоединения «И», то в названии искомых документов или ключевых словах будут содержаться все соединенные слова, если – «ИЛИ», то в документах будет находиться хотя бы одно из соединенных поисковых слов, если – «НЕ», то будут исключаться те документы, которые имеют слова, указанные после оператора. Если оператор не указан, то поисковые слова автоматически соединяются оператором «И».

Поиск по заданным ключевым словам позволил выявить в БД ЦНМБ с 2000 по 2009 г. 125 авторефератов диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология». В окне поисковых выражений (см. рис. 2, п. 4) авторефераты сортировали по алфавиту авторов на порции выдачи по 50 документов. Поочередно просматривали порции кратких библиографических описаний (см. рис. 2, п. 5) и отмечали те авторефераты, для которых затем выводили полное библиографическое описание (см. рис. 2, п. 6), копировали их и создавали БД для заказа авторефератов диссертаций из фондов хранения библиотеки, последующего изучения и анализа.

Практически аналогичный алгоритм поиска содержит электронный каталог РНБ [10], так как он был разработан по однотипной программе.

В последние годы в ряде ведущих отечественных библиотек создаются БД отсканированных авторефератов диссертаций. Например, электронная библиотека РНБ содержит полнотекстовые ресурсы авторефератов диссертаций, представленные в диссертационные советы России с 2000 г. Эта база пока неполная, ее данные постоянно пополняются. На момент подготовки статьи имелись 1001 автореферат диссертации по специальности 14.00.18 – «Психиатрия», 87 авторефератов по новому шифру специальности (14.01.06) и около 440 авторефератов диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология».

Читатель пользуется БД бесплатно только в любых филиалах РНБ. Определить, есть ли необходимый автореферат в электронной библиотеке, чтобы потом просмотреть его в залах РНБ, пользователь может посредством удаленного доступа (рис. 3).

ГОРДОСТЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ КУЛЬТУРЫ  
РОССИЙСКАЯ НАЦИОНАЛЬНАЯ БИБЛИОТЕКА

ДОКУСФЕРА ЭЛЕКТРОННЫЙ ФОНД РОССИЙСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ БИБЛИОТЕКИ

1 Поиск  
 в каталоге  
 в электронной библиотеке  
 среди документов сайта

по документам по коллекциям по меткам Помощь

Найти Акименко Автор 2

И И

Издан между \_\_\_\_\_ годами

В коллекции  
 Не имеет значения  
 Авторефераты  
 Библиографические указатели

Поиск Очистить

Показать Результаты поиска

Поиск по документам / @AU Аким

► По релевантности

Недавние

По году публикации

По алфавиту авторов

На странице: 15 30 100 4

Акименко, Марина Алексеевна.  
 Развитие психоневрологии в институте им. В.М. Бехтерева в XX веке: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д.м.н. : спец. 14.00.18 : спец. 14.00.13 / Акименко Марина Алексеевна ; [С.-Петерб. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева]. – Санкт-Петербург: 2005. – 34 с.; 21 см.

36 страниц  
0 просмотров

3 Читать: V D

5 На правах рукописи  
 Акименко  
 Марина Алексеевна  
 РАЗВИТИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИИ  
 В ИНСТИТУТЕ ИМ. В.М. БЕХТЕРЕВА  
 В XX ВЕКЕ  
 Автореферат  
 на соискание ученой степени  
 доктора медицинских наук  
 Специальность:  
 14.00.18 – Психиатрия,  
 14.00.13 – Нервные болезни  
 Санкт-Петербург  
 2008

Рис. 3. Алгоритм поиска полнотекстовых ресурсов авторефератов диссертаций в электронной библиотеке РНБ

Выйдя на главную страницу сайта РНБ, активировали поиск в электронной библиотеке (рис. 3, п. 1), в результате чего открывали окно поисковых режимов (рис. 3, п. 2). К сожалению, поисковые режимы не содержат опции «Шифр специальности», поэтому шифр научной специальности следует указывать в опции «Все поля». Полнота знаний библиографических сведений об искомом документе сужает поиск. Открыв окно результатов поиска, просматривали полное библиографическое описание документа. Выбранные авторефераты можно располагать по алфавиту авторов, году выпуска и др. (рис. 3, п. 4). Если было найдено много документов, то

результаты поиска группировали на опции выдачи по 30, 50 или 100 авторефератов. Посредством опции Д («Докусфера») (рис. 3, п. 3) открывали отсканированную электронную версию автореферата (рис. 3, п. 5) и изучали его.

Аналогичные БД создаются и в других библиотеках, например в РГБ, где проводят также сканирование диссертаций. Отсканированные материалы представляются пользователям в режиме удаленного доступа за плату. Возникает некоторое недоумение, почему библиотечное сообщество не может распределить сканирование авторефератов между библиотеками по отдельным отраслям наук или специальностям, а проводит пополнение БД за счет своих ресурсов.

Нормативные документы обязывают диссертационные советы обеспечить максимально широкое общественное обсуждение диссертационных исследований и размещать полнотекстовые ресурсы авторефератов на сайтах учреждений, при которых созданы диссоветы (см. таблицу). Как правило, эти учреждения создают архивы авторефератов диссертаций, которые были рассмотрены в диссертационных советах как минимум в последние 2-3 года.

На рис. 4 представлен алгоритм поиска электронного ресурса автореферата на сайте Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ), в котором создан диссовет Д 208.041.05 и рассматриваются диссертации по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» и 19.00.04 – «Медицинская психология» (медицинские науки).

С главной страницы сайта университета (см. рис. 4) переходили на окно «Наука», а там, через опцию «Научные подразделения МГМСУ», открывали архив авторефератов и просматривали темы диссертаций. Поместив курсор на фамилию автора автореферата и активировав правую кнопку мышки, посредством опции «Сохранить объект как ...» переносили необходимый электронный документ на персональный компьютер для подробного изучения.

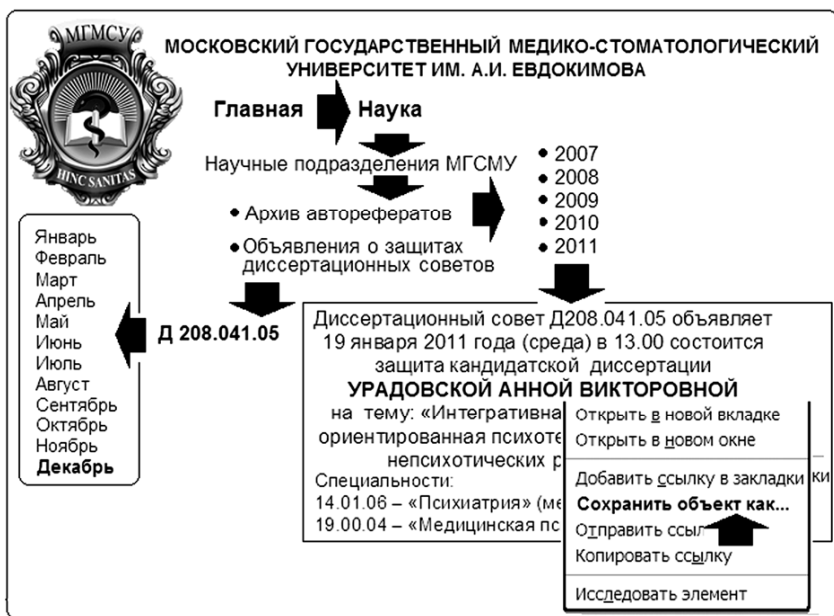


Рис. 4. Алгоритм поиска полнотекстовых ресурсов авторефератов диссертаций на сайте МГМСУ [http://www.msmsu.ru]

### Результаты и их анализ

Сравнение БД РГБ, РНБ и ЦНМБ позволил сформировать общий массив авторефератов диссертаций. Например, массив работ за 2000–2011 г. по специальности 14.01.061 (14.00.18) – «Психиатрия» содержал 1448 авторефератов диссертаций [2], по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» – 513 [1].

На рис. 5 представлена динамика количества этих авторефератов диссертаций. При невысоких коэффициентах детерминации полиномиальный ряд диссертационных исследований по психиатрии показывает в последние годы их уменьшение, а по медицинской психологии – незначительное увеличение. За указанный период ежегодно представлялось в диссертационные советы России по (121 ± 5) работ по специальности 14.01.06 (14.00.18) – «Психиатрия» и (43 ± 3) работы по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология». Диссертации на соискание ученой степени доктора наук составили соответственно 15,9 и 15,0 % от общего количества работ.



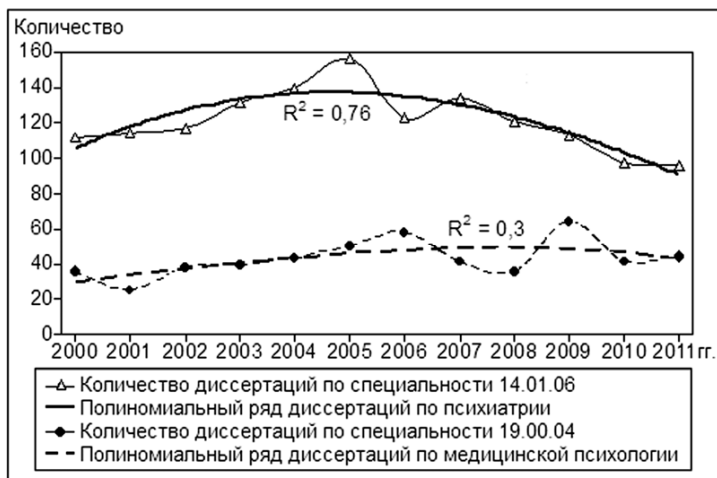


Рис. 5. Динамика количества авторефератов диссертаций по специальностям 14.01.06 – «Психиатрия» и 19.00.04 – «Медицинская психология» (2000–2011 гг.)

Следует акцентировать внимание на том факте, что, хотя указанные библиотеки входят в перечень обязательной рассылки авторефератов диссертаций, их количество в фондах хранения различается. Например, в 2005 г. в фондах хранения ЦНМБ было 150 авторефератов по специальности 14.00.18 – «Психиатрия» и 9 авторефератов по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология», в РГБ – соответственно 139 и 49, в РНБ – 158 и 55, в общем массиве – 156 и 50.

На рис. 6 представлена динамика относительного количества (%) БД авторефератов диссертаций по психиатрии в 2000–2011 гг. Конгруэнтность кривых динамики количества общего массива авторефератов диссертаций по психиатрии и БД РНБ и ЦНМБ статистически значимая (соответственно  $r = 0,96$  и  $r = 0,96$  при  $p < 0,05$ ), а с БД РГБ – недостоверная ( $r = 0,52$  при  $p > 0,05$ ). БД РГБ содержала  $(78 \pm 8)$  % авторефератов диссертаций от сформированного общего массива диссертаций по психиатрии, БД РНБ –  $(97 \pm 2)$  %, БД ЦНМБ –  $(92 \pm 3)$  %.

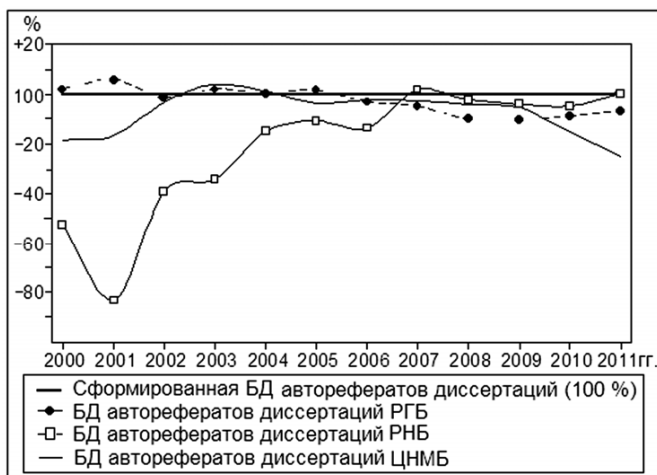


Рис. 6. Количество авторефератов диссертаций по психиатрии сформированного массива (100 %) и БД библиотек

На рис. 7 представлена динамика количества (%) БД авторефератов диссертаций по медицинской психологии. Конгруэнтность кривых динамики количества общего массива авторефератов диссертаций по медицинской психологии и БД РГБ и РНБ статистически достоверная (соответственно  $r = 0,97$  и  $r = 0,96$  при  $p < 0,05$ ), а с БД ЦНМБ – незначимая ( $r = 0,68$  при  $p > 0,05$ ). БД РГБ содержала ( $95 \pm 3$ ) % авторефератов диссертаций от сформированного общего массива по медицинской психологии, БД РНБ – ( $97 \pm 2$ ) %, БД ЦНМБ – только ( $30 \pm 6$ ) %.

По-видимому, причин, которые определяют различное количество документов в фондах хранения библиотек, несколько: это сбои в работе электронного каталога («шумы»), двойники, когда на один и тот же документ оформляется два шифра хранения, неравномерность распределения Российской книжной палатой документов по библиотекам и даже недобросовестность некоторых авторов диссертаций, не направляющих свой автореферат диссертации в библиотеки.

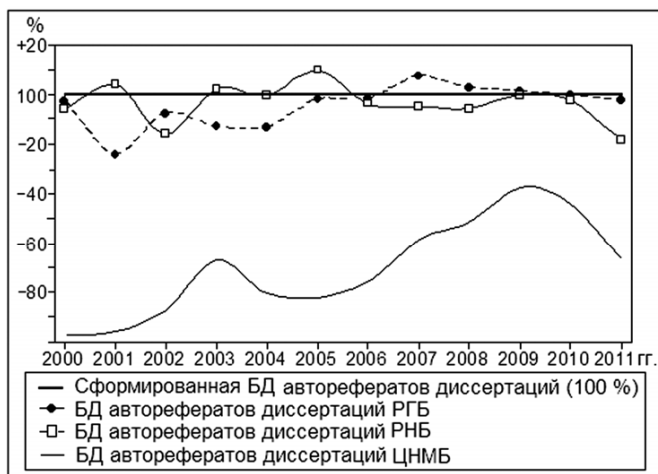


Рис. 7. Количество авторефератов диссертаций по медицинской психологии сформированного массива (100 %) и БД библиотек

### Заключение

Проведенные исследования показали, что годовые и отраслевые БД библиотек, входящих в состав учреждений реферативно-библиографического обслуживания Государственной системы научной и технической информации, могут значительно различаться.

Наиболее представительной является БД авторефератов диссертаций Российской национальной библиотеки. БД авторефератов Центральной научной библиотеки содержит только  $(30 \pm 6)$  % от общего количества работ по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология», а БД Российской государственной библиотеки –  $(78 \pm 8)$  % от общего количества работ по специальности 14.01.06 (14.00.18) – «Психиатрия».

Только сравнение электронных баз данных трех библиотек (РГБ, РНБ и ЦНМБ) позволяет сформировать массив материалов диссертаций, отражающий реальный годовой и отраслевой поток опубликованных документов.

### Литература

1. Евдокимов В.И. Анализ диссертационных исследований по специальности 19.00.04 «Медицинская психология» (1980–2011 гг.) / В.И. Евдокимов, В.Ю. Рыбников, А.В. Зотова ; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, Сев.-Зап. гос. мед. ун-т им.

И.И. Мечникова. – СПб. : Политехника-сервис, 2012. – 168 с. – (Полезная библиография ; вып. 14).

2. *Евдокимов В.И.* Библиографический указатель авторефератов диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» (2000–2011 гг.) / В.И. Евдокимов ; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. – СПб. : Политехника сервис, 2012. – 208 с. – (Полезная библиография ; вып. 13).

3. Летопись авторефератов диссертаций : гос. библиогр. указ. – М. – 2000–2012.

4. Об обязательном экземпляре документов : Федеральный закон РФ от 29.12.1994 № 77 ФЗ с изм. и доп. [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.docs.codeks.ru>.

5. Об утверждении Номенклатуры специальностей научных работников : приказ Минобрнауки РФ от 25.02.2009 г. № 59 (в ред. от 16.11.2009 г.) [Электронный ресурс] / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://vak.ed.gov.ru/>.

6. Паспорта специальностей научных работников (ред. от 18.01.2011 г.) [Электронный ресурс] / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://www.mon.gov.ru/work/nti/dok/vak/11.01.18-pasporta>.

7. Положение о совете по защите диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук [Электронный ресурс] : прил. к приказу Минобрнауки РФ от 12.12.2011 г. № 2817 / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://www.wak.gov.ru>.

8. Российская медицина [Электронный ресурс] / Электрон. каталог Центр. науч. мед. б-ки. – URL: <http://www.scsml.rssi.ru/>.

9. Список действующих советов [Электронный ресурс] / ВАК Минобрнауки РФ. – URL: <http://www.vak.ed.gov.ru/ru/dissovet/acting/>.

10. Электронный каталог [Электронный ресурс] / Рос. нац. б-ка. – URL: <http://www.nlr.ru/poisk/>.

11. Электронный каталог авторефератов диссертаций [Электронный ресурс] / Рос. гос. б-ка – URL: <http://www.rsl.ru/ru/s97/s339/>.

## РЕФЕРАТЫ

**Шипачёв Р.Ю.** Задачи психотерапии в период кризиса потребительской цивилизации // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 9–13.

Кризисные явления в общественной жизни и культуре ставят перед врачами новые задачи: создание эффективных, экономичных, краткосрочных методов лечения и профилактики, помогающих человеку успешно справиться с различными проявлениями нарастающего кризиса и декультурации. В качестве примера таких технологий рассматриваются методы петербургского врача-психотерапевта С.П.Семёнова: ролевое переключение, рекультурация.

**Ключевые слова:** кризис культуры, рекультурация, ролевое переключение, акупунктурное программирование, аутогенное переключение.

**Степкин Ю.П.** Авторитет личности психолога (психотерапевта) в психорегулятивной практике // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 14–23.

Психорегуляция (психотерапия) рассматривается как особый организационно-психологический процесс, развивающийся в рамках «отношения авторитета» между психологом (психотерапевтом) и реципиентом (пациентом). Формирование такого отношения обеспечивает необходимую эффективность психотерапевтического процесса. Психологическая теория авторитета личности позволяет систематизировать совокупность факторов, влияющих на эффективность психорегулятивного воздействия, понять роль и значение в нем феноменов внушения, подражания, убеждения, психического заражения, сущность психорегуляции (психотерапии) как особого организационно-психологического процесса, обеспечивающего терапевтический эффект.

**Ключевые слова:** психорегуляция (психотерапия), психотерапевт, медицинский психолог, авторитет, эффективность психорегуляции, внушение, подражание, убеждение.

**Лутова Н.Б.** Взаимосвязь медикаментозного комплайенса и терапевтического альянса у больных психозами // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 23–29.

Изучено влияния терапевтического альянса в целом и его аспектов на показатели медикаментозного комплайенса и его отдельных подсистем у 158 больных психозами. Полученные данные подтвердили статистическую значимость корреляции между удовлетворительным уровнем терапевтического альянса и уровнем комплайенса в целом. Также установлено, что для комплаентности больных психозами особую значимость имеет «психообразовательная» составляющая терапевтического альянса, которая подтверждена влиянию близкого окружения больных.

**Ключевые слова:** терапевтический альянс, комплайенс, больные психозами.

**Якунина О.Н., Липатова Л.В.** Клинико-психологические возрастные особенности больных эпилепсией // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 30–40.

Обсуждаются клинико-психологические характеристики личности у 142 больных эпилепсией разных возрастных групп, выявлены особенности когнитивной, эмоциональной, поведенческой сфер и совладающего поведения. Результаты исследования свидетельствуют о том, что психопатологические нарушения у больных эпилепсией, в частности в когнитивной сфере, совпадают с общей возрастной закономерностью, при прогрессивном типе течения заболевания возрастные изменения по своему вектору совпадают с изменениями, связанными с длительным течением болезни.

**Ключевые слова:** эпилепсия, возрастные особенности, психодиагностика, психопатологические нарушения, копинг-стратегии.

**А.В. Ханько, Т.Н. Кондюхова** Психологическая адаптация к болезни женщин с первыми приступами шизофрении // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 41–57.

Обследованы 130 больных параноидной шизофренией (F 20.0 по МКБ-10) мужчин и женщин с разной длительностью заболевания. Показано, что реакцией на манифестацию заболевания у пациентов с первыми приступами шизофрении является растерянность и страх, что выражается в сенситивности, диффузной структуре внутренней картины болезни, неконструктивности защитно-совладающего поведения и самостигматизации. Психологическая адаптация к болезни у женщин с первыми приступами шизофрении характеризуется их большей критичностью и готовностью к реабилитационным мероприятиям, в отличие от мужчин. Указывается, что

в качестве основных мишеней в психотерапии женщин с первыми приступами шизофрении необходимо рассматривать нежелание принять имеющееся у себя психическое расстройство, противоречиво сочетающееся с самостигматизацией.

**Ключевые слова:** шизофрения, психологическая адаптация к болезни, внутренняя картина болезни, психологические защиты, копинг-стратегии, локус контроля, уровень социальной фрустрированности.

**Ткаченко Г.А.** Клинико-психологическое исследование качества жизни больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 57–63.

Представлен анализ качества жизни у 52 больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. Клинико-психологическое исследование показало, что у большинства пациентов после хирургического лечения отмечаются различной степени выраженности эмоциональные нарушения, которые снижают удовлетворенность качеством жизни.

**Ключевые слова:** качество жизни, эмоциональное состояние, злокачественные новообразования челюстно-лицевой области.

**Григорьев С.Г., Рыбалтович Д.Г., Мильчакова В.А., Мизерене Р.** Структура социально-психологических признаков у пользователей интернетом с различным уровнем онлайн-игровой зависимости // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 64–73.

Приведены результаты онлайн-анкетирования 254 пользователей Интернет с целью выявления уровня онлайн-игровой зависимости. В основу опросника положена анкета для тестирования Интернет-зависимости, разработанная К. Янг в 1996 г. и адаптированная Буровой В.А., содержащая 21 вопрос. Предложена оригинальная методика классификации уровня онлайн-игровой зависимости. Используя возможности факторного анализа, дана социально-психологическая характеристика онлайн-игроков с различным уровнем зависимости.

**Ключевые слова:** аддикция, Интернет-зависимость, онлайн-игровая зависимость, факторный анализ, социально-психологические особенности.

**Федотова Л.А., Павловцева О.Н., Соловьев А.Г.** Социально-психологическая и логопедическая коррекция нарушений речи у детей, обучающихся по различным школьным программам // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 74–81.

Проведено логопедическое обследование, изучены психологические и психофизиологические показатели младших школьников с общим недоразвитием речи в общеобразовательных школах г. Архангельска, обучающихся по традиционной программе (n = 45) и развивающей программе «Соловецкие юнги» (n = 38), в начале и конце учебного года. Выявлен сложный комплексный характер нарушений, затрагивающий как познавательную, так и эмоциональную сферу у детей с нарушениями устной и письменной речи. Проведена логопедическая коррекция у младших школьников с нарушениями речи, отмечалось улучшение общего эмоционального фона, уменьшение уровня тревожности, связанной со школой. После коррекционной работы по программе «Соловецкие юнги» у учащихся с нарушениями речи значительно пополнился запас знаний об окружающем мире, возросла познавательная активность, улучшились память, внимание, техника чтения, увеличился словарный запас, возрос уровень лексико-грамматического строя речи.

**Ключевые слова:** «Соловецкие юнги», младшие школьники, нарушения речи, логопедическая коррекция, психоэмоциональные особенности.

**Бобрищев А.А., Лопухин Б.М.** Влияние субъективного восприятия социальной поддержки сотрудниками Государственной противопожарной службы МЧС России на уровень их адаптации к профессиональной деятельности // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 82–87.

В статье анализируется восприятие социальной поддержки в группах адаптированных и дезадаптированных сотрудников ГПС МЧС России, а также курсантами-выпускниками Санкт-Петербургского университета ГПС МЧС России. Рассматривается влияние субъективного восприятия социальной поддержки на уровень адаптации к профессиональной деятельности.

**Ключевые слова:** субъективное восприятие, социальная поддержка, сотрудник ГПС МЧС России, уровень адаптации, профессиональная деятельность, личностно-средовые ресурсы.



**Строганов А.Е., Стреминский С.Ю.** Особенности психогений, вызвавших невротические расстройства у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 88–91.

Обсуждаются вопросы диагностики коморбидности экзогенно-органических заболеваний головного мозга с невротическими расстройствами у комбатантов. Проведен анализ 4054 историй болезни у пациентов, обследованных психиатром. Показаны особенности личностных ситуационных и макросоциальных психогенных воздействий, приведших к возникновению невротических расстройств за период с 2008 по 2010 г. Проведенные исследования позволяют оптимизировать схему лечебно-реабилитационных мероприятий.

**Ключевые слова:** психогении, коморбидность, экзогенно-органические заболевания головного мозга, невротические расстройства, комбатанты, макросоциальные факторы.

**Леус Э.В., Соловьев А.Г.** Феномен «социальной нормы» в науке // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 92–110.

Приводится обзор научных подходов в трактовке социальной нормы – от общепринятых традиций и ритуалов до сформированных через средства массовой информации и информационные технологии, а также противоположный вариант социальной обусловленности поведения – аномия, как отсутствие любых регламентирующих поведение человека в обществе норм; в контексте этих трактовок рассматривается категория отклоняющегося поведения. Отмечено, что в социальной ситуации современного общества возникают возможности выбора личностью собственной модели поведения, не всегда укладывающейся в четко сформулированные нормы и правила, что придает неоднозначный характер пониманию девиаций.

**Ключевые слова:** социальная норма, аномия, отклоняющееся поведение, девиантное поведение.

**Евдокимов В.И., Зотова А.В., Тонкошкурова Л.А.** Алгоритмы поиска материалов диссертационных исследований по научным специальностям 14.01.06 – «Психиатрия» и 19.00.04 – «Медицинская психология» // Вестник психотерапии. – 2012. – № 44 (49). – С. 111–124.

Представлены алгоритмы поиска материалов диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» и 19.00.04 – «Медицинская психология»

в электронных базах данных Российской государственной библиотеки, Российской национальной библиотеки, Центральной научной медицинской библиотеки и в учреждениях страны, при которых созданы соответствующие диссертационные советы. Проведенные исследования показали, что годовые и отраслевые базы данных библиотек, входящих в состав учреждений реферативно-библиографического обслуживания Государственной системы научной и технической информации, могут значительно различаться. Только сравнение электронных баз данных указанных библиотек позволяет сформировать массив материалов диссертаций, отражающий реальный годовой и отраслевой поток опубликованных документов.

**Ключевые слова:** науковедение, диссертации, авторефераты диссертаций, электронные каталоги, библиотеки, поиск.

**Shipachev R.Yu.** Psychotherapy objectives during a crisis of consumer civilization // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 9–13.

Crisis phenomena in a social and cultural life pose new challenges for physicians: to create effective, cost-efficient and short-term prevention and treatment modalities in order to help people cope with various manifestations of the aggravating crisis and deculturation. As an example, original approaches (Role Switching and Reculturation) by S. Semyonov, a psychotherapist from St.-Petersburg, are considered.

**Keywords:** cultural crisis, reculturation, role switching, acupuncture programming, autogenic switching.

**Stepkin Yu.P.** Personality authority of psychologist (psychotherapist) in psychoregulatory practice // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 14–23.

Psychoregulation (psychotherapy) is considered as a specific organizational-psychological process developing within the framework of “authority relationship” between psychologist (psychotherapist) and recipient (patient). Such a relationship is a necessary condition for psychotherapy effectiveness. Psychological theory of personality authority allows classification of factors influencing effectiveness of psychoregulatory effects, as well as understanding a role and importance of such phenomena as suggestion, imitation, persuasion, mental contamination, and a nature of psychoregulation (psychotherapy) as a specific organizational-psychological process, which provides a therapeutic effect.

**Keywords:** psychoregulation (psychotherapy), psychotherapist, medical psychologist, authority, psychoregulation effectiveness, suggestion, imitation, persuasion.

**Lutova N.B.** Interrelationship between medication compliance and therapeutic alliance in patients with psychoses // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 23–29.

Article considers the influence of therapeutic alliance in general and its aspects on parameters of medication compliance in 158 patients with psychoses. The data obtained have confirmed a statistically significant correlation between satisfactory therapeutic alliance and general medication compliance. Furthermore, “psychoeducation” proved to be an important component of therapeutic alliance, which influences medication compliance in patients with psychoses and is highly dependent upon patient’s relations.

**Keywords:** therapeutic alliance, compliance, patients with psychoses.

**Yakunina O.N., Lipatova L.V.** Clinical and psychological age-dependent characteristics of epileptic patients // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 30–40.

Clinical and psychological characteristics of 142 epileptic patients from different age groups were studied; specific features of cognitive, behavioral and emotional spheres and coping strategies were revealed. Psychopathological disorders in epileptic patients, particularly in a cognitive sphere, were shown to be consistent with regular age-specific patterns. In case of progressive epilepsy, age-dependent characteristics coincide with alterations due to long-lasting disease.

**Keywords:** epilepsy, age-dependent characteristics, psychopathologic disorders, coping strategies.

**Khanko A.V., Kondyukhova T.N.** Psychological adjustment to a disease in women with a new-onset schizophrenia // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 41–57.

The study involved 130 male and female patients with paranoid schizophrenia (F 20.0, ICD-10) of varying duration. Responses to disease manifestation in patients with a new-onset schizophrenia emerged as an embarrassment and fear; patients demonstrated sensitivity, diffuse structure of inner representation of a disease, nonconstructivity of defense and coping behavior and also self-stigmatization. Psychological adjustment to a disease in women, but not in men,

with a new-onset schizophrenia is characterized with criticism and readiness for rehabilitation. The main targets for psychotherapy in women with a new-onset schizophrenia are shown to be their unwillingness to accept their mental disorder, inconsistently combined with self-stigmatization.

**Keywords:** schizophrenia, psychological adjustment to a disease, inner representation of a disease, psychological defenses, coping strategies, locus of control, social frustration level.

**Tkachenko G.A.** Clinical and psychological research of quality of life in patients with cancer of maxillofacial region // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 57–63.

The article analyzes the quality of life in 52 patients suffering from malignant tumors of maxillofacial region. Clinical and psychological research has shown that most patients develop emotional disturbances of different severity after surgical treatment; these disturbances reduce satisfaction with quality of life.

**Keywords:** quality of life, emotional status, cancer of maxillofacial region.

**Grigoriev S.G., Rybaltovich D.G., Milchakova V.A., Mizerene R.** Social-psychological patterns in internet users with online gaming addiction of varying severity // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 64–73.

Results of online survey for online gaming addiction severity in 254 internet users are provided. This survey was based upon a questionnaire for internet addiction developed by K. Young in 1996 and adjusted by V.A. Burova (21 items). Original classification of online gaming addiction severity is proposed. Using opportunities of factor analysis, social-psychological patterns of online gamers with varying addiction severity are described.

**Keywords:** addiction, internet addiction, online gaming addiction, factor analysis, social-psychological patterns.

**Fedotova L.A., Pavlovtseva O.N., Soloviev A.G.** Social-psychological and logopedic correction of speech disorders in children taught according to different school programs // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 74–81.

A logopedic study has been carried out; psychological and psychophysiological indices were studied in junior schoolchildren with general speech underdevelopment taught according to the traditional program (n = 45) and the developmental program named “the Solovetsky Shipboys” (n = 38) at the beginning and at the end of the academic year in comprehensive schools of Arkhangelsk. Oral and written speech disorders in children included both cognitive and psychoemotional components. In the junior schoolchildren with speech disorders, logopedic correction was carried out, which resulted in an improved general emotional background, as well as a decreased level of school-related anxiety. After the correction according to the “Solovetsky Shipboys” program, the schoolchildren with speech disturbances replenished significantly their knowledge about the outer world, their cognitive activity increased, their memory, attention and reading techniques improved, their word stock increased, and lexico-grammatical architecture of their speech improved.

**Keywords:** Solovetsky Shipboys, young schoolchildren, speech disorders, logopedic correction, psycho-emotional characteristics.

**Bobrishchev A.A., Lopukhin B.M.** The influence of subjective perception of social support on the level of professional adaptation in employees of the State Fire Service of Russia // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 82–87.

The article analyzes the perception of social support in groups of adapted and maladapted employees of the State Fire Service, Emercom of Russia, as well as for graduate students of St. Petersburg State Fire Service University, Emercom of Russia. The influence of subjective perception of social support on the level of professional adaptation is considered.

**Keywords:** subjective perception, social support, an employee of the State Fire Service, Emercom of Russia, the level of adaptation, occupational activity, personal-environmental resources.

**Stroganov A.E., Streminsky S.Yu.** Characteristics of psychogeny having caused neurotic disorders in combatants with exogenic organic brain conditions // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 88–91.

Issues of diagnosing exogenic organic brain conditions associated with neurotic disorders in combatants are discussed. There have been analyzed 4054 case records of patients examined by a psychiatrist. Characteristics of personal-

ity situational and macrosocial psychogenic effects leading to neurotic disorders in 2008–2010 were described. This research makes it possible to optimize treatment and rehabilitation activities.

**Keywords:** psychogeny, comorbidity, exogenic organic brain conditions, neurotic disorders, combatants, macrosocial factors.

**Leus E.V., Soloviev A.G.** Science phenomenon of social norm // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 92–110.

There has been given a review of research approaches to the social norm representations – from the common traditions and rituals to technologies formed by the mass media and information technologies, as well as an opposite variant of behavior social dependence – anomia as an absence of any norms regulating human behavior in the society; the category of abnormal behavior has been considered in the context of those representations. It has been reported that in the current social settings, there appeared opportunities for personalities to choose their own behavior models which do not always stay within clearly-worded norms and rules. Thus, understanding of deviations becomes equivocal.

**Keywords:** social norm, anomia, abnormal behavior, deviant behavior.

**Evdokimov V.I., Zotova A.V., Tonkoshkurova L.A.** Algorithms for searching materials of dissertations on scientific specialties 14.01.06 – Psychiatry and 19.00.04 – Medical psychology // «Vestnik psikhoterapii» (Russ.) [The Bulletin of Psychotherapy]. – 2012. – No 44 (49). – P. 111–124.

Algorithms are provided for searching materials of dissertations on scientific specialties 14.01.06 – Psychiatry and 19.00.04 – Medical psychology in electronic databases of the Russian State Library, National Library of Russia, Central Medical Research Library, as well as in domestic institutions at which respective dissertation councils operate. According to study results, yearly and sectoral databases of libraries affiliated with abstracting and bibliographic institutions of the State System of Scientific and Technical Information may greatly vary. Only comparison of databases of the libraries mentioned makes it possible to create an array of dissertation materials, which reflect actual yearly and sectoral publications.

**Keywords:** science of science, dissertations, author's dissertation abstracts, e-catalogs, libraries, search.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Бобрищев Алексей Александрович** – Санкт-Петербургский университет ГПС МЧС России, профессор кафедры физической подготовки; доктор психологических наук; 196105, Санкт-Петербург, Московский проспект, д. 149, e-mail: 0719692010@mail.ru.

**Григорьев Степан Григорьевич** – Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, старший научный сотрудник НИЛ кибернетики научно-исследовательского отдела медико-информационных технологий, доктор медицинских наук, профессор; 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.

**Евдокимов Владимир Иванович** – Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России, профессор кафедры подготовки научных кадров и клинических специалистов института ДПО «Экстремальная медицина»; доктор медицинских наук профессор; 194044, г. Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2, e-mail: evdok@omnisp.ru.

**Зотова Анна Владимировна** – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, ассистент кафедры психотерапии; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кировная, д. 41, e-mail: avzot@mail.ru

**Кондюхова Татьяна Николаевна** – Ленинградский государственный университет им. А.С. Пушкина, доцент кафедры психофизиологии и клинической психологии; кандидат психологических наук доцент; 196605, Пушкин, Петербургское шоссе, д. 10; e-mail: kontani@mail.ru.

**Леус Эльвира Викторовна** – Северный (арктический) федеральный университета им. М.В. Ломоносова, доцент кафедры психологии; кандидат биологических наук; 163002, г. Архангельск, пр. Ленинградский, д. 40, р.т. (8182) 62-78-95, e-mail: e.leus@mail.ru.

**Липатова Людмила Валентиновна** - Санкт-Петербургский психоневрологический научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева, руководитель отделения лечения психоневрологических больных эпилепсией; доктор медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, e-mail: l\_lipatova@mail.ru.

**Лопухин Борис Михайлович** – Институт экономики и бизнеса, аспирант; 115054, г. Москва, ул. Дубининская, д. 51, р.т. (499) 235-74-16, e-mail: shaman957@yandex.ru.

**Лутова Наталия Борисовна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, ведущий научный сотрудник отделения интегративной фармакопсихотерапии психических расстройств; кандидат медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, р.т (812) 365-04-53, e-mail: lutova@mail.ru.

**Мизерене Рута** – Психотерапевтический кабинет г. Паланга, врач психотерапевт; доктор медицинских наук; Литва, г. Кретинга, ул. Кесту-чио, д. 18, e-mail: meshkelis@yandex.ru.

**Мильчакова Валентина Александровна** – Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, доцент кафедры психологии и педагогики, медицинский психолог Международного института резервных возможностей человека; кандидат психологических наук, доцент; 191015, Санкт-Петербург, ул. Кировная, д. 41, р. т. (812) 513-67-97, e-mail: vestnik-pst@yandex.ru.

**Павловцева Ольга Николаевна** – средняя образовательная школа «Соловецкие юнги», директор; 163065, г. Архангельск, ул. Галушина, д.25, корп.1, р.т. (8182) 66-83-86.

**Рыбалтович Дарья Григорьевна** – Международный институт резервных возможностей человека, медицинский психолог; 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11, р.т. (812) 513-67-97, e-mail: danika@list.ru.

**Соловьев Андрей Горгоньевич** – Северный государственный медицинский университет, заместитель директора Института ментальной медицины, доктор медицинских наук, профессор, 163061, г. Архангельск, пр. Троицкий, 51, р.т. (88182) 20-92-84, e-mail: ASoloviev1@yandex.ru.

**Степкин Юрий Петрович** – Санкт-Петербургский государственный университет, старший научный факультета психологии; кандидат психологических наук; 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6, e-mail: upsk5@yandex.ru.

**Строганов Александр Евгеньевич** – Алтайский государственный медицинский университет, профессор кафедры психиатрии и наркологии; доктор медицинских наук; 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40, р.т. (3852) 34-36-19, e-mail: jazz200261@mail.ru.

**Стреминский Сергей Юрьевич** – Алтайский государственный медицинский университет, клинический ординатор кафедры психиатрии и наркологии; 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, д. 40, e-mail: stremindoktor@mail.ru.



**Ткаченко Галина Андреевна** – Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН, медицинский психолог; кандидат психологических наук; 115477, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, e-mail: mitg71@mail.ru.

**Тонкошкурова Любовь Александровна** – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, соискатель, врач психотерапевт; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, e-mail: lat@chado.ru.

**Шипачёв Ромэн Юрьевич** – Институт психической культуры, ведущий сотрудник; кандидат медицинских наук; 192102, Санкт-Петербург, ул. Андреевская, д. 11, комн. 11.

**Федотова Любовь Антоновна** – средняя образовательная школа «Соловецкие юнги», учитель-логопед; кандидат биологических наук; 163065, г. Архангельск, ул. Галушина, д. 25, корп.1, р.т. (8182) 66-83-86.

**Ханько Александр Валерьевич** – Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кашенко, медицинский психолог; 188357, Ленинградская обл., Гатчинский район, с. Никольское, ул. Меньковская, д. 10, e-mail: aleksandrkhanko@yandex.ru.

**Якунина Ольга Николаевна** – Санкт-Петербургский психоневрологический научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева, старший научный сотрудник отделения лечения психоневрологических больных эпилепсией; кандидат психологических медицинских наук; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3, e-mail: yakunina.o.n@ Rambler.ru.

## СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ ЖУРНАЛА ЗА 2012 г.

### Психотерапия

*Васильева Н.Л.* От интрапсихической к intersубъективной проективной идентификации: психоанализ ребенка 5 лет. № 43 (48). С. 49–63.

*Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мизерене Р.* Пятилетняя ремиссия у больных алкоголизмом, пролеченных методом духовно ориентированной психотерапии в форме целебного зорока. № 42 (47). С. 9–19.

*Григорьев Г.И., Григорьев С.Г., Мизерене Р., Григорьева А.Г.* Особенности применения метода духовно ориентированной психотерапии на православной основе в форме целебного зорока для больных алкоголизмом. №41 (46). С. 25–41.

*Деларю В.В., Горбунов А.А., Юдин С.А.* Психотерапевтическая помощь в оценках ее потребителей. № 42 (47). С. 20–25.

*Лутова Н.Б.* Взаимосвязь медикаментозного комплаенса и терапевтического альянса у больных психозами. № 44 (49). С. 23–29.

*Степкин Ю.П.* Авторитет личности психолога (психотерапевта) в психорегулятивной практике. № 44 (49). С. 14–23.

*Шипачёв Р.Ю.* Задачи психотерапии в период кризиса потребительской цивилизации. № 44 (49). С. 9–13.

### Медицинская психология и психологическая коррекция

*Александров А.А., Багненко Е.С.* Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица. № 41 (46). С. 52–66.

*Алехин А.Н., Сорокин Л.А., Трифонова Е.А., Чернорай А.В.* Медико-психологический аспект адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда: современное состояние проблемы. № 42 (47). С. 26–45.

*Андреева Г.О., Емельянов А.Ю.* Лечение комплексного регионально-голевого синдрома и его осложнений. № 42 (47). С. 46–50.

*Баурова Н.Н., Рудой И.С., Грановская Р.М.* Особенности развития невротических расстройств у курсантов с различными личностно-типологическими характеристиками. № 41 (46). С. 117–124.

*Белов В.Г., Парфенов Ю.А.* Структура психогенной симптоматики в остром периоде у подростков, переживших насилие в семье. № 41 (46). С. 42–51.

*Винтер В.Л., Алексеев Б.Е.* Психологические аспекты сексологической реабилитации пациентов, перенесших инфаркт миокарда. № 43 (48). С. 81–96.

*Григорьев С.Г., Рыбалтович Д.Г., Мильчакова В.А., Мизерене Р.* Структура социально-психологических признаков у пользователей интернетом с различным уровнем онлайн-игровой зависимости. № 44 (49). С. 64–73.

*Ишинова В.А., Глазырина Т.М.* Роль психофизиологической саморегуляции в оценке качества жизни у больных с ишемической болезнью сердца в процессе комплексной реабилитации. № 43 (48). С. 97–101.

*Карвасарский Б.Д., Подсадный С.А., Чернявский В.А., Чехлатый Е.И.* О вкладе В.Н. Мясищева в научную разработку проблемы психосоматических расстройств. № 41 (46). – С. 9–24.

*Резникова Т.Н., Селиверстова Н.А., Никифорова И.Г., Ароев Р.А.* Психологические варианты эмоциональных нарушений у больных с рассеянным склерозом. № 41 (46). С. 99–108.

*Рыбалтович Д.Г., Григорьев С.Г., Мильчакова В.А.* Анализ анкетирования Интернет-пользователей, имеющих опыт online-игры. № 41 (46). С. 67–80.

*Слабинский В.Ю., Евдокимов В.И., Ушаков Б.Н.* Профессиональное выгорание у специалистов, оказывающих помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. № 41 (46). С. 109–116.

*Тархан А.У., Бабурин И.Н, Белогорцев Д.О., Васильева А.В., Мизинова Е.Б.* Нейропсихологические исследования при невротических расстройствах: клинико-патогенетические и дифференциально-диагностические аспекты. № 42 (47). С. 61–84.

*Ткаченко Г.А.* Клинико-психологическое исследование качества жизни больных, страдающих злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области. № 44 (49). С. 57–63.

*Ткачук В.А., Зайцев А.Г.* Ценностно-смысловая сфера наркозависимых лиц. № 43 (48). С. 38–48.

*Ханько А.В., Кондюхова Т.Н.* Психологическая адаптация к болезни женщин с первыми приступами шизофрении. № 44 (49). С. 41–57.

*Якунина О.Н., Липатова Л.В.* Клинико-психологические возрастные особенности больных эпилепсией. № 44 (49). С. 30–40.

*Яковенко С.В.* Профессиональная замещающая семейная забота как медико-психологический фактор здоровья детей, оставшихся без попечения родителей. № 43 (48). С. 102–110.

## Психиатрия

*Семенова Н.В.* Совершенствование системы региональной психиатрической помощи и обеспечение ее качества. № 43 (48). С. 9–20.

*Строганов А.Е., Стреминский С.Ю.* Особенности психогений, вызвавших невротические расстройства у комбатантов с экзогенно-органическими заболеваниями головного мозга. № 44 (49). С. 88–91.

*Малкова Е.Е.* Патопсихологические проявления тревоги при психозах в подростковом возрасте. № 41 (46). С. 81–98.

## Экстремальная психология

*Бобрищев А.А., Лопухин Б.М.* Влияние субъективного восприятия социальной поддержки сотрудниками Государственной противопожарной службы МЧС России на уровень их адаптации к профессиональной деятельности. № 44 (49). С. 82–87.

*Волков Э.В., Мельницкая Т.Б., Чернецкая Е.Д.* Оценка профессионально важных качеств у операторов атомных электростанций, влияющих на успешность деятельности. № 42 (47). С. 95–100.

*Колов С.А., Чехлатый Е.И., Шамрей В.К.* Влияние особенностей отдельных когнитивных процессов на клиническую картину и эффекты лечения постбоевых стрессовых расстройств. № 42 (47). С. 101–109.

*Пряхина М.В., Голуб Я.В.* Возможности использования палсинга, светозвуковой и музыкальной стимуляции в коррекции состояний нервно-психической дезадаптации сотрудников ОВД. № 42 (47). С. 85–94.

*Пустеленин Н.А., Рыбникова А.В.* Психологический отбор персонала нефтегазовой отрасли для работы вахтовым методом в экстремальных климато-географических условиях. № 43 (48). С. 111–115.

## Социальная психология

*Рубченко А.К.* Семейная депривация как детерминанта формирования субъектности человека. № 41 (46). С. 125–138.

*Сысоев В.Н., Будко Д.Ю., Корнилова А.А.* Динамика трудовой мотивации персонала управленческого профиля в годовом рабочем цикле. № 41 (46). С. 139–145.

*Федотова Л.А., Павловцева О.Н., Соловьев А.Г.* Социально-психологическая и логопедическая коррекция нарушений речи у детей, обучающихся по различным школьным программам. № 44 (49). С. 74–81.

*Овсяник О.А., Головихин Е.В.* Роль занятий физической культурой с элементами контактных единоборств в психической адаптации женщин после 40 лет. № 42 (47). – С. 51–60.

### **Общеметодологические проблемы**

*Леус Э.В., Соловьев А.Г.* Феномен «социальной нормы» в науке. № 44 (49). С. 92–110.

*Наумова А.А.* Феномен подростка в истории философии и психологии. № 43 (48). С. 64–80.

### **Науковедение**

*Евдокимов В.И.* Библиографический указатель авторефератов диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» (1980–2011 гг.), раскрывающих вопросы психологического вмешательства (психотерапии, психологического консультирования и психокоррекции). № 43 (48). С. 116–143.

*Евдокимов В.И., Зотова А.В., Тонкошкурова Л.А.* Алгоритмы поиска материалов диссертационных исследований по научным специальностям 14.01.06 – «Психиатрия» и 19.00.04 – «Медицинская психология». № 44 (49). С. 111–124.

*Евдокимов В.И., Карвасарский Б.Д., Зотова А.В.* Анализ направлений исследований диссертаций по специальности 19.00.04 – «Медицинская психология» (1980–2011 гг.). № 43 (48). С. 21–37.

*Евдокимов В.И., Чехлатый Е.И.* Анализ диссертаций по специальности 14.01.06 – «Психиатрия» (2000–2011 гг.). Психотерапия пограничных и психических расстройств. № 42 (47). С. 110–142.



**ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК ПСИХОТЕРАПИИ»**  
Редакционная коллегия

194352 Россия, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д. 11,  
Тел/факс (812) 513-67-97, 592-35-79  
e-mail: [vestnik-pst@yandex.ru](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)

**Уважаемые коллеги!**

ФГБУ «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России и Международный институт резервных возможностей человека (МИРВЧ, Санкт-Петербург) издает журнал «Вестник психотерапии», целью которого является распространение научных знаний путем публикации статей, научных сообщений и результатов исследований **на медицинском, психологическом, социологическом, биологическом, фармацевтическом и другим наукам** в области психотерапии, коррекционной психологии, психоанализа и смежных проблемам.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года и является научным рецензируемым журналом, имеет **свидетельство о перерегистрации средства массовой информации** ПИ № ФС77-34066 от 07 ноября 2008 г., выданное Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций. С 2002 года **журнал включен в каталог Роспечати РФ (индекс–15399)** и на всей территории РФ и СНГ проводится его подписка через почтовые отделения. Журнал выпускается 4 раза в год.

**Решением Президиума ВАК Минобрнауки России** от 19.02.2010 №6/6 «Вестник психотерапии» включен в Перечень научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы результаты диссертаций на соискание ученых степеней кандидата и доктора наук. С 2003 г. по 2006 г. журнал «Вестник психотерапии» также входил в данный Перечень научных журналов и изданий. (Бюллетень ВАК Минобрнауки №2 от 10.01.2003).

**Желающие опубликовать свои научные материалы** (статьи, обзоры, краткие информационные сообщения) **должны** представить их в редакцию журнала в 2-х экземплярах в отпечатанном виде с приложением диска в текстовом редакторе WORD (не старше 2003 г.), шрифт Times New Roman, шрифт 14, межстрочный интервал полуторный. Должны быть указаны фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, ученое звание, должность и место работы автора (авторов), адрес (почтовый и e-mail) и телефон (телефоны). Статья должна быть подписана автором (авторами).

Материал статьи представляется по ГОСТу 7.89-2005 «Оригиналы текстовые авторские и издательские». Рекомендуемый объем статьи 10–20 стр. (28–30 строк на стр., до 70 знаков в строке). К статье должно быть приложено краткое резюме (реферат), отражающее основное содержание работы, размером не более половины страницы машинописи на русском и, при возможности, английском языке, с ключевыми словами. Диагнозы заболеваний и формы расстройств поведения следует соотносить с МКБ-10. Единицы измерений приводятся по ГОСТу 8.471-2002 «Государственная система обеспечения единства измерений. Единицы величин». Список литературы оформляется по ГОСТу 7.1-2003 «Библиографическая запись...».

Рукописи рецензируются членами редакционного совета или редакционной коллегии и ведущими специалистами данных областей медицины и психологии. При положительной рецензии поступившие материалы будут опубликованы. Представленные материалы должны быть актуальными, соответствовать профилю журнала, отличаться новизной и научно-практической или теоретической значимостью. Фактический материал должен отражать новейшие данные, быть тщательно проверен и подтвержден статистическими данными или ссылками на источники, которые приводятся в конце статьи. При несоответствии статьи указанным требованиям тексты рукописей не возвращаются.

Телефон/факс (812) 513-67-97; 592-35-79 – заместитель главного редактора журнала – кандидат психологических наук доцент Мильчакова Валентина Александровна (e-mail: [vestnik-pst@yandex.ru](mailto:vestnik-pst@yandex.ru)); сайт ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России: [www.arcerm.spb.ru](http://www.arcerm.spb.ru); сайт МИРВЧ: [www.mirvch.com](http://www.mirvch.com)

**Главный редактор журнала** – доктор медицинских наук, доктор психологических наук профессор Рыбников Виктор Юрьевич (e-mail: [rvikirina@rambler.ru](mailto:rvikirina@rambler.ru))

**Научный редактор журнала** – доктор медицинских наук профессор Евдокимов Владимир Иванович (e-mail: [evdok@omnisp.ru](mailto:evdok@omnisp.ru))



Журнал «Вестник психотерапии» зарегистрирован Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

Журнал «Вестник психотерапии» издается с 1991 года.

Свидетельство о перерегистрации – ПИ № ФС77-34066 от 7 ноября 2008 г. выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи и массовых коммуникаций.

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» Министерства Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий (ФГБУ «ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова» МЧС России);

Главный редактор – Рыбников Виктор Юрьевич.

Научный редактор – Евдокимов Владимир Иванович.

Корректор – Устинов Михаил Евграфович.

Индекс в каталоге Роспечать РФ «Газеты. Журналы» – 15399.

Адрес редакции: 194352, Санкт-Петербург, Придорожная аллея, д.11.

Адрес издательства и типографии: ООО «Политехника-сервис».

190005, г. Санкт-Петербург, Измайловский пр., д. 18-д.

тираж 1000 экз.

цена – свободная

Подписано в печать 18.12.12.

Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Печать – ризография.

Тираж 1000 экз. Объем 9 п.л.

Бумага офсетная. Заказ № 4621.

Отпечатано в типографии «Политехника-сервис»  
с оригинала-макета заказчика.

190005, Санкт-Петербург, Измайловский пр., 18-д.